

Asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

Diskurssianalyysi asiakkuudesta Sote-uudistuksen valmisteluraporteissa

ANNE HEDMAN

Tampereen yliopisto,

Porin yksikkö

Yhteiskuntatieteiden
tiedekunta

Hyvinvointipalvelujen järjestämisen
maisteriohjelman pro gradu -tutkielma

Kesäkuu 2018

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Porin yksikkö

HEDMAN, ANNE: Asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä – Diskurssianalyysi asiakkuudesta Sote-uudistuksen valmisteluraporteissa

Pro gradu –tutkielma, 80 s.

Hyvinvointipalvelujen järjestämisen maisteriohjelma

Kesäkuu 2018

Ohjaaja: Katja Repo

Tämän tutkimuksen tarkoitus on ollut selvittää, miten asiakas on määritelty kunta- ja palvelurakennessekä Sote-uudistuksen eri vaiheissa. Kiinnostukseni kohdistui rakennemuutoksen tavoitteisiin, ja siihen miten asiakasdiskurssit ovat muuttuneet muutosprosessin aikana valmisteluvaiheen raporttien kuvauksissa asiakkuudesta. Analyysin lähtökohtana oli etsiä tutkimusraporteista asiakasta kuvaavia diskursseja. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten asiakkuuden muutos kuvataan tutkimusraporteissa, sekä miten asiakkuus näkyy Sote- uudistuksessa.

Tutkimuksessani käytän aineistona rakennemuutosten aikaisia tutkimusraportteja, jotka ovat tehty uudistuksen eri vaiheissa ja ennen uudistuksen varsinaista alkua. Raportteja on kolmelta eri vuosikymmeneltä, joten niissä näkyy myös palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia. Kolme raporteista ovat alueellisen hankkeiden loppuraportteja ja neljä raporttia liittyy kunta- ja palvelurakennemuutoksen eri vaiheisiin. Tutkimusmenetelmäni on diskurssianalyysi.

Asiakas ja asiakaslähtöisyys ovat käsitteinä epäselviä ja häilyviä, eikä yhteistä määrittelyä sosiaali- ja terveydenhuollossa ammattilaisilla ole. Asiakkuus on muuttunut passiivisesta asiakkaasta aktiiviseksi. Passiivinen asiakas on palvelun kohde, ja aktiivinen asiakas osallistuu omaan palvelunsa määrittelyyn sekä toimii aktiivisena kansalaisena, jolloin asiakas on mukana kehittämässä palveluja. Sote-uudistuksessa asiakkaan roolissa korostuu aktiivisen kansalaisen rooli, mutta palveluja käyttävä asiakas jää passiiviseen rooliin.

Avainsanat: asiakas, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, diskurssianalyysi Sote-uudistus

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of Social Sciences, Unit of Pori

HEDMAN, ANNE: Customer in the Social and Health Care Service System - Discourse Analysis of Customer Relationships Preparing Sote- Reform in Reports

Master's thesis, 80 p.

Master's Degree Programme in Comparative Social Policy and Welfare

Supervisor: Katja Repo

June 2018

The aim of this study was to find out how the customer is defined in different stages of municipal and service structure and Sote reform. My interest was focused on the objectives of the restructuring and how customer discrepancies have changed during the transformation process during the preparation of the phase reports describing the customer relationship. The starting point for the analysis was to find discourses describing the client research reports. In addition, the aim of this study was to find out how the change of customer relationship is described in the research reports and how the customer relationship is reflected in the Sote reform.

In my study, I use the research reports of structural reforms during the various stages of reform and before the actual start of the reform. There are reports for three decades, so they also show changes in the service system. Three reports are the final reports of regional projects and four reports related to the municipal and service structure at various stages of the reform. My research method is a discourse analysis.

The concept of customer and customer orientation is ambiguous and disruptive, and there is no common definition for social and health care professionals. Customer relationships have been transformed from a passive customer into an active one. A passive customer is the target of the service, and the active customer participates in defining their own service and acts as an active citizen, whereby the customer is involved in developing the services. In the Sote reform, the role of the customer is emphasized by the role of an active citizen, but the customer using the services remains in a passive role.

Keywords: customer, social and health care service system, discourse analysis sote reform

Sisällysluettelo

1. Johdanto.....	5
2. Hyvinvointivaltio ja sen rakenteelliset muutokset.....	7
2.1. Mikä on hyvinvointivaltio?	7
2.2. Hyvinvointivaltiomallit	8
2.3. Hyvinvointivaltion nykytilanne.....	9
2.3.1. Uusi julkisjohtaminen.....	10
2.3.2. Yhteiskunnalliset muutokset ja arvot.....	10
2.4. Sote-uudistuksen eteneminen	11
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä	14
3.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä	14
3.2. Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio.....	17
4. Asiakas sosiaali- ja terveydenhuollossa	18
4.1. Potilaasta asiakas	18
4.2. Asiakaslähtöisyys	21
3.3. Asiakas kuluttajana.....	25
3.4. Aktiivinen kansalainen	28
5. Tutkimuksen toteutus	30
5.1. Tutkimustehtävä	30
5.2. Aineistot	31
5.3. Menetelmä	35
5.4. Analyysin kulku.....	37
6. Asiakasdiskurssit	40
6.1. Passiivinen ja häilyvä asiakas.....	40
6.2. Aktiivinen ja osallistuva asiakas.....	43
6.3. Miten asiakkuus on muuttunut?.....	45
6.4. Sote – keskustelujen näkyminen.....	49
7. Johtopäätökset	58
Lähteet	64

1. Johdanto

Tutkimukseni aiheena on asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutoksessa. Asiakas on käsitteenä jalkautunut koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttään. Sosiaalihuollossa käytetään käsitettä asiakas, mutta terveydenhuollossa potilas on tutumpi käsite. Terveydenhuollossakin on selkeästi ero millä sektorilla toimitaan, koska perusterveydenhuollossa on asiakas- käsite käytössä, mutta erikoissairaanhoidossa puhutaan vielä potilaista. Yksityiset palvelun tuottajat ovat tulleet merkittäväksi osaksi palvelujärjestelmää, ja he käyttävät asiakas- käsitettä.

Kiinnostukseni tutkimuksen aiheeseen syntyi erityisesti siitä, että olen työssäni nähnyt asiakkuuden muuttumisen vuosien aikana. Perinteisesti palvelun kohteena erikoissairaanhoidossa on potilas, koska hoito annetaan sairauteen, johon potilas on hakenut apua. Sairaushoito perustuu asiantuntijan tekemiin toimenpiteisiin, siksi erikoissairaanhoidossa käytetään potilas-käsitettä. Potilas on hoidon kohde. Keskustelua käsitteestä on käyty paljon, onko asiakas vai potilas, nykyisin keskustelu on jäänyt ja asiakas-käsite on yhä enemmän käytössä. Tällä hetkellä omassa työssäni teen yhteistyötä palvelujärjestelmän sisällä sekä organisaatioiden rajapintojen, koska tavoite parantaa asiakkaiden palveluiden toimivuuden. Näissä yhteistyö verkostoissa keskustelemme aina asiakkaiden palveluiden varmistamisesta. Itselleni on kummatkin käsitteet, asiakas ja potilas, tuttuja työelämästä, mutta nykyisin asiakas on selvästi useammin käytetty kuin potilas.

Strategisissa teksteissä on asiakas- käsitteenä ollut useamman vuoden, koska julkisissa asiakirjoissa käytetään asiakas-käsitettä. Oman organisaationi strategiassa ovat asiakas ja asiakaslähtöisyys käsitteet olleet jo useammassa strategiassa. Viimeisessä strategiassa oli myös muita asiakaspalveluun liittyviä käsitteitä kuten palvelulupaus. Käsitteet virallisissa asiakirjoissa ja suunnitelmissa ovat yhä enemmän palvelukulttuurisanastoa, mutta vielä sanaston ja jalkautuksen välillä on epäselvyyttä.

Sote-uudistusta on valmisteltu jo pitkään useamman hallituksen toimesta erilaisin tavoittein. Sipilän hallitusohjelmassa (2015) on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus kärkihankkeeksi, joka tulee tällä hallituskaudella saattaa loppuun. Tavoitteena uudistukselle on tuottaa hyvinvoivia kansalaisia, jotka pärjäävät erilaisissa elämäntilanteissa. Tämä tavoite saavutetaan asiakaslähtöisillä palveluilla, jossa painopisteenä on varhainen tuki, ennaltaehkäisevä työote sekä asiakaslähtöiset hallintorajat ylittävät palveluketjut. Perusteena sote-uudistukseen on väestön ikärakenteen muutos, joka lisää palvelutarpeita ja sen johdosta alueelliset erot kasvavat. Muita perusteita sote-uudistukseen

ovat asiakasprosessien toimimattomuus, tasa-arvoisten palveluiden varmistaminen sekä kustannussäästöt.

Tutkimuksessa käyttämäni aineisto on tutkimusraportteja kolmelta vuosikymmeneltä. Näistä tutkimusraporteista kolme ovat valtakunnan tason hankkeiden loppuraportteja. Hankkeissa on kehitetty alueellisia hoito- ja palveluketjuja, joissa on pyritty yhteistyön parantamiseen palveluiden integraatioissa. Loput neljä ovat rakenteellisen uudistuksen arviointitutkimuksia. Koska sote-uudistus alkoi kunta- ja palvelurakenne uudistuksena, niin kaksi raporteissa arvio Paras-hankkeen toteutumista. Viimeiset kaksi arviointitutkimusta kohdistuvat sote-muutoksen ennakointiarviointiin.

Tutkimukseni on laadullinen tutkimus, jossa käytän tutkimusmetodina diskurssianalyysia, koska diskurssianalyysin avulla pystyn löytää tarkennuksia siihen, miten asiakas kuvataan teksteissä. Tavoitteenani on löytää erilaisia merkityksiä asiakkuudelle. Olen tiedostanut, että tutkimusraportit ovat erityyppisiä, mutta haasteenani on löytää asiakasdiskurssien eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Diskurssianalyysin avulla pyrin pääsemään syvemmälle asiakkaan määrittelyihin, ja huomioimaan, miten asiakasdiskurssit ovat muuttuneet pitkän muutosprossin aikana.

Luvut kaksi, kolme ja neljä muodostuvat tutkimuksen teoreettisesta taustoituksesta. Luvussa kaksi määrittelen hyvinvointivaltion käsitteen sekä avaan myös muutostarpeita, joita hyvinvointivaltioon tällä hetkellä kohdennetaan. Määrittelen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän nykytilanteen luvussa kolme. Seuraavassa luvussa neljä käyn tarkemmin läpi asiakas- käsitettä ja siihen liittyviä lähikäsitteitä. Palvelukulttuuri on muuttanut asiakas käsitteistöä, ja tuonut paljon keinoja asiakaspalvelun toteuttamisessa.

Luvussa viisi kuvataan tutkimuksen toteuttamista, miten tutkimus etenee aineiston läpikäynnistä analyysiin. Tarkastelen tutkimuksen lähtökohtia ja määrittelen tutkimustehtävät. Seuraavaksi kerron tarkemmin tutkimusaineistosta niin, että käyn kaikki tutkimusraportit läpi ja niiden tutkimustulokset. Käsittelen valitun tutkimusmetodin sekä aineiston analyysin etenemisen. Diskurssianalyysia hyödyntäen pyrin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Seuraavassa luvussa kuusi esittelen tarkemmin tulokset, jäsentäen ne tutkimuskysymysten mukaisesti. Viimeisessä luvussa teen yhteenvedon ja johtopäätökset tutkimustuloksista, käyn läpi keskeiset tutkimustulokset ja pohdin tulosten merkittävyyttä.

2. Hyvinvointivaltio ja sen rakenteelliset muutokset

Tässä luvussa määrittelen hyvinvointivaltion ja sen erilaiset mallit. Hyvinvointivaltion nykytilanne on haasteiden edessä, näitä haasteita käyn läpi tarkemmin. Yhteiskunnan muutokset vaikuttavat hyvinvointivaltion jatkuvuuden haasteisiin. Luvussa viimeisenä esittelen palvelurakenne muutoksia, joilla on tarkoitus varmistaa palvelut tulevaisuudessakin.

2.1. Mikä on hyvinvointivaltio?

Hyvinvointivaltion määritelmä on moniselitteinen, mutta oleellista on valtion ja kuntien kantama vastuu kansalaisten toimeentulon varmistamisesta, hyvinvoinnista ja elämisen ehdoista. Valtio takaa elämän mahdollisuuksia ja hyvinvointia, sekä varmistaa toimillaan ihmisoikeudet sekä sosiaaliset oikeudet välttämättömään elintasoon ja huolenpitoon. Nämä oikeudet ovat kirjattu perustuslakiin. Tämän lisäksi hyvinvointivaltio varmistaa kollektiivisen vakuutuksen, jos elämässä tapahtuu epäonnea tai erilaisia riskejä. (Julkunen 1992, 13.) Julkisen vallan velvollisuus on toimia yhteisesti ja demokraattisesti hyväksytyjen hyvinvointitavoitteiden mukaisesti ja toteuttaa niitä käytännössä (Hänninen 2017b, 97). Hyvinvointivaltion kapeampi käsitys on sosiaaliturva, joka sisältää sosiaalipalvelut ja tulonsiirrot. Laajempi käsitys liittyy talouspolitiikan kautta valtion rooliin ohjata ja organisoida taloutta. (Suoniemi, Tanninen & Tuomaala 2003, 13.)

Hyvinvointivaltioon liittyvä arvo on tasa-arvo, joka tarkoittaa tulojen ja verojen jakamista yhteiseksi hyödyksi. Jatkuvana tavoitteena on toteuttaa uudelleenjako niin, että tasa-arvo lisääntyy. Oikeudenmukaisuus on hyvinvointivaltion päämäärä, siksi kaikilla tulee olla yhtäläiset mahdollisuudet syntyperästään riippumatta. Varmistetaan yhtäläinen suoja elämän satunnaisuuksia vastaan, ja otetaan kaikki mukaan yhteiskunnan jäsenenä hyötymään sen kehityksestä. (Aaltola 2010, 42, 46; Harisalo & Miettinen 2004, 65.) Vapaus ei ole yksilöllinen omaisuus, mutta se on jokaisen yksilön sosiaalinen, taloudellinen ja poliittinen oikeus (Taylor 2007, 55).

Hyvinvointivaltion perusteena on hyvän kehän teoria, joka on tutkitusti antanut perusteita hyvinvointivaltion toimivuuteen. Kehä muodostuu neljästä vaiheesta, jotka ovat hyvinvoinnin panostuksen lisääminen, eriarvoisuus, sosiaalisen pääoman vahvistuminen ja viimeisenä eriarvoisuuden väheneminen. Kehä lisää väestön taloudellista yhteenkuuluvaisuutta ja auttaa luomaan tasavertaisia mahdollisuuksia toteuttaa tavoitteitaan. Voimavarojen ja mahdollisuuksien

tasaaminen vahvistaa yhteisöön kuulumista, ja tätä kautta yhteiset tavoitteet mahdollistuvat. Tästä syntyy luottamusta, joka on merkittävä tekijä sosiaalisessa pääomassa. (Hagfors & Kajanoja 2011, 175176.)

2.2. Hyvinvointivaltiomallit

Hyvinvointivaltiomallit jaetaan kolmeen luokkaan, joiden kehitys perustuu erilaisiin kansallisiin lähtökohtiin. Luokittelun perusteena ovat hyvinvointivaltion keskeiset ulottuvuudet, joita ovat dekommodifikaation aste ja solidaarisuuden toteutuminen. Dekommodifikaation aste osoittaa kuinka laajasti sosiaalipalvelut ymmärretään yksilön oikeudeksi ja markkinamekanismista riippumattomaksi. Toisena on solidaarisuuden toteutuminen ja sen laajuuden ymmärtäminen. Luokittelut eroavat toisistaan sen mukaan kenellä hyvinvoinnin tuottamisen ja sosiaalisten riskien hallinnoimisen ensisijainen vastuun on. (Harisalo & Miettinen 2004, 47–48.)

Liberaalisen hyvinvointivaltion julkiset palvelut ja tulonsiirtojärjestelmät ovat tarveharkintaisia ja vähävaraisille suunnattuja, joten sosiaaliturva rakentuu minimiturvan pohjalle. Yksityisten vakuutusten ja palveluiden merkitys liberaalissa järjestelmässä on keskeinen. Julkiset työttömyysturva- ja eläkejärjestelmät tarjoavat ainoastaan perusturvaa, jota kansalaiset joutuvat laajentamaan yksityisten vakuutusten avulla. (Esping-Andersen 1990, 26; Harisalo & Miettinen 2004, 48.)

Konservatiivis-korporatistinen malli ei ole yhtenäinen, vaan maiden väliset erot ovat huomattavia. Tyypillistä on, että oikeus sosiaaliturvaan on sidoksissa työssäkäyntiin, siksi vakuutusperiaate sosiaaliturvassa on tärkeä. Järjestelmät takaavat työssäkäyville yleensä hyvän sosiaaliturvan. Joissakin maissa myös perheellä ja kirkolla on keskeinen asema hyvinvointiyhteiskunnan osana, sillä tarvittaessa perheiden tuki kompensoi heikkoa työttömyysturvaa ja asumistukea. Hyvinvointipalvelujen tuottaminen tapahtuu monessa maassa ns. kolmannen sektorin eli voittoa tavoittelemattoman yksityisen sektorin puitteissa. Suurimmaksi osaksi hyvinvointipalvelut rahoitetaan verovaroin. (Esping - Andersen 1990, 26, Harisalo & Miettinen 2004, 48.)

Pohjoismainen malli toimii avoimen talouden periaatteella, tämän edellytys on tasa-arvoinen ja demokraattinen yhteiskunta (Hänninen 2017a, 167). Pohjoismaisen hyvinvointivaltion mallin perusta on ajatus universaalisesta, koko väestöä kattavasta sosiaalipolitiikasta. Tavoitteena on nostaa

heikommassa asemassa olevien tilanne yhteiskunnan yleistä tasoa vastaavaksi sekä jakaa uudelleen tulot ja resurssit. (Hannikainen-Ingman & Saikkonen 2017, 42; Taylor 2007, 5253.) Tulonsiirrot, jotka katetaan verotuksen avulla, ovat laajoja ja kohdistuvat suurille väestöryhmille. Tämä tarkoittaa sitä, että koko väestö on julkisten koulutus-, sosiaali- ja terveystalveluiden piirissä. Pohjoismaat eivät ole identtisiä, vaikka niiden hyvinvointivaltiojärjestelmissä onkin yhteisiä piirteitä. (Esping-Andersen 1990, 27; Harisalo & Miettinen 2004, 49–50.)

Suomen hyvinvointimallissa on hyvin monipuolinen ja laajalainen. Tunnusmerkkinä suomalaiselle mallille on yhteisöllisyyden edistäminen ja tukeminen, jonka tehtävänä on löytää ratkaisuja yhteiskunnallisiin ongelmiin kuten työttömyyteen. Suomalaiseen malliin kuuluu laajat julkisen sektorin rahoittamat ja tuottamat hyvinvointitalvelut. (Harisalo & Miettinen 2004, 49–50.)

2.3. Hyvinvointivaltion nykytilanne

Suomalainen hyvinvointivaltio alkoi kehittyä 1960-luvulla, jolloin Pekka Kuusi julkaisi 60-luvun sosiaalipolitiikka teoksen. Kuusi laati teoksessaan ohjelman kokonaisvaltaisesta yhteiskuntapoliittisesta rakennemuutoksesta. Hyvinvointivaltio kehittyi erityisesti 1960–1980-luvun välillä, mutta taloudellinen lama 1990-luvulla nosti Suomen hyvinvointivaltion tilanteen kriittiseen arviointiin. (Haatanen 1993, 52, 63.) Näkemys hyvinvointivaltio ymmärryksestä muuttui tulo- ja kulutuskeskeiseksi, jonka seurauksena hyvinvointivaltio muuttui mitattavaksi käsitteeksi. Käsitteessä korostui julkisen talouden kestävyvyyden näkökulma, joka taloudellisesti huonompina aikoina nähdään julkisen talouden kestävyysvajeeseen liittyväksi ongelmaksi. Julkisen vallan toimenpiteet taloudellisesti vaikeimpina aikoina rajoittuvat tuloja lisäävän kasvun ja työllisyyden edistämiseen. Hyvinvointivaltio on muuttunut hyvinvointiyhteiskunnaksi (Saari 2010, 49), joka kuvastaa hyvinvointivastuun siirtymistä valtiolta lähemmäs kansalaista, kuntia ja lähiyhteisöä. Tämä kannustaa kansalaisten yhteisöllistä toimintaa ja yhteisvastuuta, mutta se edellyttää kansalaisten aktivoitumista ja vastuun ottamista omasta elämästään. (Kettunen 2006, 65.)

2.3.1. Uusi julkisjohtaminen

Länsimaisten valtioiden julkisen sektorin kehitystä 1980-luvulta 2000-luvulle tarkasteltaessa nousee keskeiseksi yhteiseksi tekijäksi New Public Management (NPM) (Jylhäsaari 2009, 36). Managerialismi, markkinasuuntautuneisuus, yksityistäminen, kilpailutus sekä arviointi ovat NPM-reformin avainkäsitteitä. Tehokkuuden korostamisen malli on NPM:n kulmakivi, siinä korostuu taloudellinen vastuu sekä johtajan tulosvastuu. Muita NPM:n malleja ovat hajauttamisen ja pienentämisen malli, ylivertaisuuden etsimisen malli sekä julkinen palveluorientaatio. (Lähdesmäki 2003, 43.) Markkinaehtoisessa hyvinvointipolitiikassa valtion rooli on vähäinen, tai se voi muuttua toiminnan koordinoijaksi (Laurinkari 2010, 82). Sihton (2011, 274) mukaan Suomessa ollaan siirtymässä hyvinvointikehityksestä markkinakehitykseen, jolloin taloudellinen ja sosiaalinen hyvinvointi eriarvoistuvat ja markkinat määräävät sisällön.

Uusliberalismi korostaa individualismia sekä yksilön vapautta ja vastuuta. Tämä on vaikuttanut käsitteistöön niin, että käsitteet asiakas, asiakaskeskeisyys, asiakasasiantuntija (vrt. kokemusasiantuntija) ja keskusteleva demokratia ovat jalkautuneet julkisiin palveluihin. Nämä kaikki käsitteet liittyvät osallistumiseen ja osallisuuden käsitteeseen. Kansalaisten ja asiakkaiden osallistumisesta ja osallisuudesta on tullut keskeisiä tavoitteita ja keinoja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Osallistuminen alkaa läsnä-olosta ja aktiivisesta toimijuudesta, ja sitä kautta muuttuu yhteiskunnalliseksi osallisuudeksi. (Valkama, 2012 53.) Tämä johtaa siihen, että eriarvoisuus on hyväksyttävää, vaikka se ei toimitakaan jokaisen edun mukaisesti. Hyvinvointivaltio ei keskity ratkaisemaan sosiaalisia ongelmia, koska niiden alkuperä paikantuu yksilöön ja yksilön henkilökohtaiseen epäonnistumiseen. Tasa-arvo ja erilaisuus ovat luonnollisia ominaisuuksia ja yksilön tulee kantaa vastuunsa omasta hyvinvoinnistaan. (Taylor 2007, 74.)

2.3.2. Yhteiskunnalliset muutokset ja arvot

Hyvinvointivaltiomallin uudistamista on toimeenpantu myös EU-taholta poliittisella ohjauksella. Jäsenvaltioiden olemassa olevia järjestelmiä arvioidaan, ja haetaan oppia muiden EU-maiden hyvistä käytännöistä. EU:n integraation lisääntyminen tuo painetta Suomen hyvinvointivaltiomallin

muutoksille. Olemassa olevat muutospaineet nousevat kaikissa EU-maissa globalisaatiosta, väestön ikääntymisestä ja eriarvoistumisen aiheuttamista haasteista. (Saari 2010, 434, 440.)

Hyvinvointivaltion kehitystä voidaan pitää ainutlaatuisena, koska se on lisännyt kansalaistensa turvallisuutta, ja heidän mahdollisuuksiaan erilaisten hyvinvointipalveluiden käyttöön. Pohjoismaainen hyvinvointivaltio on pystynyt yhdistämään taloudellisen tehokkuuden ja sosiaaliset tavoitteet. Hyvinvointivaltion kestävyysvajeen tarkastelu taloudellisesta näkökulmasta sivuuttaa sosiaalisen perustan kestävyysvajeen tarkastelun, jossa huomio kohdentuu koettuun elämään, tyytyväisyyteen, luottamukseen, eriarvoisuuteen ja yhteenkuuluvuuteen. (Saari 2017, 322–326.) Tutkimusten mukaan tuloerojen kasvu ei heikennä pelkästään heikompien asemaa vaan vaikutus koskee koko väestöä. Tasa-arvo auttaa yhteiskunnan heikoimpia, mutta suuremman tasa-arvon edut leviävät laajalle. Tasa-arvoisuus hyödyttää jopa korkeimmassa ammatillisessa asemassa olevia ja rikkaita tai parhaiten koulutettua neljänneistä. (Wilkinson & Pickett 2011, 207–208.)

Universaalinen hyvinvointipolitiikka on yleisesti hyväksytty Suomessa, vaikka se vaikuttaa verotukseen. Taloudellisen taantuma aikana asenteet sekä yleinen julkinen keskustelu on kriittisempää, mutta tuloeroja kaventavalla politiikalla on yleisesti kansalaisten tuki. (Hannikainen-Ingman & Saikkonen 2017 45, 48–54.) Verotuksen korotukseen ollaan valmiita, jotta hyvinvointipalvelut varmistetaan (Harisalo & Miettinen 2004, 164). Hyvinvointivaltion arvostelu kohdistuu oma-aloitteellisuuden ja omatoimisuuden rajoittamiseen, koska julkisen vallan toimenpiteet tekevät kansalaisista riippuvaisia ja kykenemättömiä hallitsemaan omaa elämäänsä (Hänninen 2017a, 168). Hyvinvointivaltiokriitikot näkevät, että talouden tehokkuus kärsii valtion aktiivisesta puuttumisesta markkinoiden toimintaan, sillä korkea verotus hidastaa talouskasvua ja luo työttömyyttä (Hayek 1995, 50).

2.4. Sote-uudistuksen eteneminen

Valtionosuusuudistus (1993) siirsi kunnille päätösvallan ja vastuun palveluiden järjestämisestä. Tämän jälkeen alueelliset erot palveluiden tasoissa ja saatavuuksissa alkoi kasvaa välittömästi. Kunnan taloustilanne vaikutti siihen, miten kuntalaiset saivat palvelunsa. Erikoissairaanhoidon kustannukset kasvoivat perusterveydenhuollon kustannuksella, joten ennaltaehkäisevään ja

avohuollon tukitoimiin panostaminen kärsi. Väestön ikääntymisen, terveyserojen kasvamisen ja palveluiden epätasa-arvoisuuden johdosta toimenpiteitä tilanteen muutokseen tarvittiin. (Hiilamo 2015, 13–21.)

Rakenneuudistus on aloitettu kunta- ja palvelurakenne uudistuksena (Paras-hanke 2007) ja sen jälkeen kunta- ja sote-uudistuksena (2011). Paras-hankkeen tavoite oli uudistaa sosiaali- ja terveyspalveluita ”kansanvallan lähtökohdista” asiakaslähtöisyyttä tukien (Niiranen, Puustinen, Zitting & Kinnunen 2013, 9), sekä vahvistaa, kehittää ja organisoida uudella tavalla palveluiden tuottamista ja järjestämistä. Tarkoitus oli, että perus- ja sosiaalihuollon palvelut tuotetaan vähintään 20 000 asukkaan kokonaisuuksissa, jolloin pienemmät kunnat yhdistävät tarvittaessa toimintoja yhteistoiminta-alueita perustamalla. Kataisen (2011) hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne uudistus kytkettiin kuntauudistukseen, koska aiemmilla poliittisilla toimenpiteillä ei saavutettu tarvittavia muutoksia palveluiden järjestämisessä. Ensin vuonna 2014 päätettiin viidestä sosiaali- ja terveydenhuollon alueen kuntayhtymästä, mutta lopullinen järjestäjätahojen määrä nousi 18 maakuntaan vuonna 2016. Maakunnat voivat tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut joko itse tai toisen maakunnan kanssa yhdessä. (Kananoja 2017 ym., 145–149.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa rakenteellinen kehittäminen on työtä, jonka tavoitteena on edistää palvelutuotantoa. Kehittämisen tarkoitus on vaikuttaa toiminnan edellytyksiin, verkostoihin, sidos- ja kohderyhmiin sekä palvelutuotantoa rakenteistaviin muihin tekijöihin. Lopullinen tavoite on organisoida palvelut entistä paremmin. (Häyhtiö, Kyhä ja Raikisto 2017, 85.) Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen lähtökohtana ovat väestön tarpeiden muutokset, koska kunnat ovat suurten ja haasteellisten muutosten edessä johtuen väestön ikääntymisestä ja maan sisäisestä muuttoliikkeestä (Kananoja 2017 ym., 144–145).

Keskeinen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on kattava palvelujärjestelmän integraatio. Hallituksen (6.4.2016) julkistamien linjausten mukaan uudistuksessa integraatio edellyttää, että yksi taho vastaa maakunnan tai yhteistoiminta-alueen palveluiden järjestämisestä. Tämä mahdollistaa myös rahoituksen integraation, jolloin sote-rahoitus kulkee palveluiden järjestäjän kautta. Koska myös tieto liikkuu eri palveluiden tuottajien välillä, tapahtuu palvelusta toiseen

siirtyminen sujuvasti. Viimeisenä linjauksena on tuotannollinen integraatio, jolloin palveluita tarjotaan tarpeenmukaisina kokonaisuuksina. (Meklin 2014, 5–9.)

Palvelukokonaisuudet tai -ketjut muodostavat asiakaslähtöisiä palveluintegraatiota, jotka tulevat vastaamaan asiakkaan tarpeisiin. Palveluntuottajien on noudatettava maakunnan määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja, tämä edellyttää tuottajien yhteistyötä maakunnan palvelulaitoksen kanssa. Asiakaslähtöisyys toteutuu, kun asiakas tulee kuulluksi palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelut vastaavat asiakkaan tarpeita. Hallituksen (31.8.2016) esityksissä huomioitiin paljon palveluita käyttävät asiakkaat, koska tavoitteena on antaa heille ohjausta ja tehdä laaja - alainen palvelutarpeen arvio ja asiakassuunnitelma. (Pekurinen, Santamäki-Vuori, Jonsson, Junnila, Kovasin, Nykänen & Syrjä 2016, 21–22)

Hallituksen linjausten ja esityksen tavoittelemaa asiakaslähtöistä palveluiden integraatiota tarkastellaan sekä vertikaalisena että horisontaalisena integraationa. Vertikaalisessa integraatiossa eri tason palvelut yhdistetään toisiinsa esimerkiksi hoitoketjuna, jossa potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja kuntoutukseen. Horisontaalisessa integraatiossa yhteensovitetaan saman tason palveluita esimerkkinä palvelukokonaisuus, jossa perusterveydenhoito ja sosiaalipalvelut on sovitettu saumattomasti yhteen. Palveluiden integraatiot ovat keino kaventaa terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta. Sen avulla tulisi myös saavuttaa kustannussäästöjä. (Pekurinen, ym. 2016, 19; Erhola, Vaarama, Pekurinen, Jonsson, Junnila, Hämäläinen, Nykänen & Linnosmaa 2014, 16.)

Rakenteellisten uudistusten rinnalla on ollut valtakunnallisia hankkeita, joissa valtiolta kunnille on suunnattu rahoitusta toiminnalliseen kehittämiseen. Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ja Terveys 2015-kansanterveysohjelmat ovat toimineet terveystoiminnan strategian perustana. Näissä ohjelmissa ei ole kyse vain terveydestä ja terveydenhuollosta, koska kaikilla yhteiskunnallisilla päätöksillä on terveys- ja hyvinvointiseuraamuksia. Yhtenä keskeisenä tavoitteena on vähentää terveyseroja. (Suominen & Lintula 2013, 109.) Suurin kansallinen hanke on ollut Kaste I-ohjelma, jonka päämääränä ollut terveyden edistäminen toteutui, mutta menetelmät ja sisällöt ovat jäävät epäselviksi. (Hakkala 2013, 105–106.) Kaste II (2013–2015) -ohjelman tavoitteena oli kaventaa terveyseroja sekä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluita asiakaslähtöiseksi. (Suominen &

Lintula 2013, 110). Yleensä valtakunnalliset ohjelmat ovat lisäresurssien muodossa informoivia, joten tehokkuus ja taloudellisuus näkökulma ei ole toteutu toiminnassa. (Hakkala 2013, 104). Valtakunnallisten kehittämishankkeiden ongelma sosiaali- ja terveydenhuollossa on lyhytjänteisyys ja paikallisuus (Stenvall & Virtanen 2012, 31).

3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä

Tässä luvussa käyn tarkemmin läpi julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Määrittelen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävät ja toiminnan palvelujärjestelmässä. Lopuksi esittelen sosiaali- ja terveydenhuollon välisen integraation ja sen tavoitteiden määrittelyn.

3.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat julkista hyödykettä (Public Good), jonka päätöksistä vastaa julkinen valta. Valtio ja demokraattisesti valitut edustajat tekevät päätökset siitä, miten sosiaali- ja terveystalvet organisoidaan. Lainsäädäntö ohjaa ja rahoittaa julkista palvelujärjestelmää. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001, 20–21; Niiranen 2013, 207; Stenvall & Virtanen 2012, 11.) Kansalaiset arvottavat terveyden hyvin korkealle, joten terveydenhuoltopalvelut ovat poliittisesti merkittävä asia (Kokko 2013, 14). Talvet voidaan tuottaa yhden kunnan järjestämänä tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Kunnan on myös mahdollista ostaa sosiaali- ja terveystalvet muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (Kröger, 2009.) Koska kunnilla on laaja itsehallinto, hyvinvointitalvet järjestetään kuntalaisten tarpeiden mukaan (Kokko 2013, 142). Erot kuntien palveluiden järjestämisessä on niin suuret, että valtion taholta normi- ja resurssiohjaus ovat vähentyneet, ja tilalle on tullut informaatio- ohjaus. (Wilskman & Lähteenmäki 2010,409; Hakkala 2013, 103.)

Sosiaali- ja terveyshuollon palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja rahoituksen osalta monikanavainen, koska rahoituslähteitä on useita (Kokko 2013, 251). Kuntien palvelujärjestelmät eroavat toisistaan paljon, sillä toimintakulttuurit, palvelumuodot, palvelukäytännöt ja palvelukulttuurit poikkeavat

toisistaan kuntien välillä jopa isojen kuntaorganisaatioiden sisällä. Syynä pirstaleisuutteen on palvelujärjestelmän kehittyminen palapalalta, siksi kokonaisvaltaista suunnittelua ei ole missään vaiheessa tehty. Pirstaleisuus aiheuttaa sen, että palvelut ovat toimimattomia ja palvelukulttuurit epätasaisia. (Stenvall & Virtanen 2012, 13.) Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat monessa kunnassa yhdistetty, mutta edelleen on rajoja eri palveluiden välillä, esimerkkinä laitospaikat ovat jaoteltu terveyskeskuksen vuodeosastopaikoihin, vanhainkoteihin sekä palvelutaloihin (Kröger 2009, 104–106). Yhteistyötä vaikeuttavat ideologisten lähtökohtien erot, jonka johdosta tietojen ja kokemusten vaihto on haasteellista sosiaali- ja terveyssektorien välillä. Kehittämistyötä tehdään oman sektorin sisällä, mutta tiedon leviäminen yli sektorin rajan ei toteudu. (Stenvall & Virtanen 2012, 13–14.)

Suomalainen terveydenhuolto on rakennettu hoidon porrastuksen periaatteiden mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että tavalliset terveysongelmat tulisi hoitaa lähellä potilasta ja erityistä huomioita kiinnitetään potilaan itsehoitoon. (Kokko 2013, 148, 251.) Terveyspalvelun segmentointina käytetään jakoa perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja erittäin vaativaan erikoissairaanhoidon, joiden perusteina ovat terveysongelman vaikeusaste ja hoidon erikoistumisaste. Terveyspalvelussa ei voida tehdä kaikkea lääketieteellisesti mahdollista, koska resurssien määrä, käytettävyyden ja sijoittelu asettavat rajoitteita palvelujen tarjonnalle. (Lillrank & Venesmaa 2010, 41, 50; Lehto ym. 2001, 123–124.)

Seuraavana esittelen sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen palvelujärjestelmän tarkemmin.

Perusterveydenhuolto

Kansanterveyslaki (1972) ja valtion samanaikaisesti toteuttama ohjaus olivat terveyskeskusorganisaation perusta. Terveyskeskukset muodostettiin yhdistämällä monia pitkän perinteen ja kehityshistorian omaavia palveluita. (Lehto 2012, 37; Lehto ym. 2001, 106.)

Terveyskeskusorganisaatio on palvelun tarjoajana poikkeava laajuuden ja kattavuuden johdosta. Terveyskeskus järjestää alueellisen ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän perustason avosairaanhoidon. Lisäksi terveyskeskus hoitaa uusien ongelmien diagnosoinnin ja hoidon, sekä kuntoutuksen, pitkäaikaissairaanhoidon ja yleislääkärijohtoisen sairaanhoidon. Perusterveydenhuollon palveluita ovat lisäksi neuvolat, suun terveydenhuolto, työterveyshuolto ja ympäristöterveydenhuolto. Sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon yhdistymisiä on tapahtunut

useissa kunnissa, tavoitteena on ollut toiminallinen ja taloudellinen hyöty. (Kokko 2013, 251–254, Lehto ym. 2001, 107119.) Terveyskeskukset ovat hyvin itsenäisiä hoitosuositusten toimeenpanossa, siksi hoitosuositusten, -ohjelmien, -ketjujen sekä toimintaohjeiden ja työnjakomallien toteutuminen vaihtelee eri terveyskeskusten välillä (Hakkala 2013, 105).

Erikoissairaanhoito

Maan jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin (21). Sairaanhoitopiireillä on velvollisuus järjestää erikoissairaanhoidon palvelut niille kunnille, jotka kuuluvat sen piiriin. Palvelujen suunnittelu tehdään yhdessä alueen terveyskeskusten kanssa niin, että saavutetaan järkevä toiminnallinen kokonaisuus (Idänpää-Heikkilä 2004, 301–302; Kokko 2013, 255; Lehto ym. 2001, 120) sekä kustannusten hallinta (Eloheimo & Mattila 2004, 270).

Erikoissairaanhoitolaki määrittelee hoidon saatavuuden, siksi kuntien mahdollisuudet vaikuttaa erikoissairaanhoitoon ovat rajalliset. Erikoissairaanhoidon tarve määritellään kuntasopimusneuvotteluissa. Sairaanhoitopiirin vastuulla on myös koulutuksen alueellinen järjestäminen sekä toimivien yhteistyölinjojen ja hoitoketjujen mukaisen hoidon toteuttaminen. (Eloheimo & Mattila 2004, 270.) Alueellisessa palvelujärjestelmässä on lähtökohtana kysynnän perusta tai toimintojen yhdistäminen tuotanto- ja jakelujärjestelmän mukaan (Lillrank & Venesmaa 2010, 41, 50). Erikoissairaanhoidon sairaalat ovat kolmen tasoisia: yliopistosairaalat, keskussairaalat sekä aluesairaalat. Yliopistollisiin sairaaloihin on keskitetty lääkärikoulutus sekä yliopistollinen tutkimus. Yliopistosairaaloihin on hoidon porrastuksen mukaisesti sijoitettu ja keskitetty valtakunnallisesti harvinaisten sairauksien hoito. (Kokko 2013, 255.)

Sosiaalihuollon palvelut

Sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 13 §:ssä mainittuja tehtäviä, joista kunnan pitää huolehtia. Sosiaalipalvelut, joiden järjestämisestä kunnan on huolehdittava, on lueteltu sosiaalihuoltolain 17 §:ssä. Kunnan tulee kehittää sosiaalisia oloja ja poistaa sosiaalisia epäkohtia, tämän lisäksi tehtävänä on sosiaalisten ongelmien ehkäisy, sosiaalisen turvallisuuden ylläpitäminen sekä ihmisten omatoimisuuden tukeminen. Sosiaalihuollon tavoitteena on edistää ja tukea kansalaisten laaja-alaista hyvinvointia, joten se nähdään osana hyvinvointiyhteiskuntaa rakentavana elementtinä. Sosiaalipalvelut ovat keskeinen hyvinvointipalvelujen kokonaisuus. Kuntien järjestämiä sosiaalipalveluja ovat sosiaalityö, sosiaalipäivystys, kotipalvelut, omaishoidontuki, asumispalvelut,

lasten- ja perheidenpalvelut, ikäihmistenväliset palvelut, vammaispalvelut ja päihdepalvelut. (Kananoja ym. 2010, 23–28; Lehto ym. 2001, 125–127; Toikko 2012, 36–43.)

3.2. Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio

Integrointi on palveluiden yhteensovittamista niin, että lopputuloksena perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon palvelujen järjestelmien yhteistoiminta on tehokasta, tuotavaa ja laadukasta. (Eloheimo 2004, 334). Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa (1326/2010). on kirjattu, että sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa tulee ”parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä”. Myös sosiaalihuoltolaki (731/1999) edellyttää yhteistyötä asiakkaan palvelutarpeen arvioitiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen siten, että ”sosiaalihuollon ja tarvittaessa muiden hallintoalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden”. Sosiaalihuoltolaissa huomioidaan myös yhteistyö omaisten ja läheisten kanssa.

Integraatio kuvataan sateenvarjokäsitteenä, joka pitää sisällään yhteistyön tiiviyn mukaan erilaisia kategorioita. Täydellinen integraatio on alueellinen organisaatio, jossa rahoitus on yhteisesti käytettävissä. Toiminnallisen integraation variaatioita ovat erilaiset yhteistyö ja yhteensovittamisen muodot sekä tietopohjien ja osaamisen yhteensovittamiset asiakkaan auttamiseksi. (Kananoja ym. 2017, 151152.) Integraation toteuttamisen malleja ja käsitteitä ovat saumattomat palveluketjut, joilla tarkoitetaan kokeilulain (811/2000) mukaan toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja.

Palvelujärjestelmän rajapinnoille on määritelty alueelliset hoitoketjut tai hoito-ohjelmat, jotka koskevat tiettyä sairauden hoitoa ja työnjakoa kyseisellä alueella. Kun paikalliset olot ja vaatimukset ovat tunnistettu, hoitoketjussa määritellään työnjaot erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tavoitteena on koordinoita asiakkaiden hoidon kokonaisuutta, vähentää päällekkäisyyttä, kehittää hoitokäytäntöjä sekä toimeenpanna kansalliset hoitosuositukset. Keskeistä on tukea ja palvella käytännön toimintaa. Laajempaan käsitteeseen on palveluketju, joka tarkoittaa kuvausta monia

palveluita käyttävälle palveluiden tarvitsijalle. Se on asiakkaan eri sairauksia ja ongelmia koskeva palvelukokonaisuus. (Eloheimo ym. 2004, 334; Ruotsalainen 2000, 16.) Palveluketjun tavoite on turvata asiakkaan palvelun ja hoidon jatkuvuus sekä palvelu- ja hoitokokonaisuuden laatu. Perusterveydenhuollon asema erikoissairaanhoidon nähden vahvistuu, joten organisaatioiden välinen yhteistyö paranee. (Ruotsalainen 2000, 18–22; Seiskari & Töyrylä 2000, 51.) Tantun (2008) mukaan palveluketju on toimintatapa, jossa asiantuntijoiden välisellä yhteistyöllä sekä asiantuntijan ja asiakkaan vuorovaikutuksella on keskeinen tehtävä. Koska palveluketjua ei liitetä mihinkään nimenomaiseen organisaatioon, voidaan se toteuttaa sekä horisontaalisesti hajautetussa organisaatiossa että vertikaalisessa palvelujen porrastusmallissa.

Integroinnilla pyritään varmistamaan resurssien riittävyys, yhteistyön lisääminen sekä työnjaon kehittäminen. Rajapintojen välisessä yhteistyössä on haasteena eri alojen käsitykset esimerkiksi asiakaslähtöisyydestä. Asiakaslähtöisen toimintamallin rakentaminen edellyttää johtamista ja rajojen ylittämistä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikuntien, hallinnollisten käytäntöjen tai organisaatioiden välisten raja-aitoja välillä. Palveluketjujen rajapinnat muodostuvat usealla eri tasolla kuten organisaatioiden ja eri sektoreiden välillä tai niiden sisällä, siksi palvelutarpeet tulee nähdä systeemisinä ja organisatoriset rajat ylittävinä kysymyksinä. Lisäksi on hahmotettava kokonaisvaltaisesti niin asiakkaiden prosesseja kuin organisaatioidenkin työprosesseja. (Virtanen ym. 2011, 49–50)

4. Asiakas sosiaali- ja terveydenhuollossa

Luvussa neljä taustoitetaan teoreettisesti asiakas-käsitettä tarkemmin. Asiakkaan lähikäsite on asiakaslähtöisyys, jonka määrittelen tässä luvussa. Nykyisin asiakas nähdään erilaisissa rooleissa, joista tässä luvussa esitän asiakkaan myös kuluttajana ja asiakas kansalaisena.

4.1. Potilaasta asiakas

Potilaan ja asiakkaan asema on sosiaali- ja terveydenhuollossa vahva ja selkeästi määritelty, koska sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa on laki potilaan tai asiakkaan asemasta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) toteaa, että potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan

loukata ja hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, kulttuuri ja hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Terveyspalveluita on annettava siten, ettei ihmisiä aseteta eriarvoiseen asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Hoitopäätöksiin vaikuttavat pelkästään lääketieteelliset syyt. Perustuslain (731/1999) yhdenvertaisuussäännös edellyttää, että henkilö saa riittävät terveyspalvelut riippumatta siitä, missä kunnassa hän asuu. Vuonna 2001 julkaistiin laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), jonka mukaan asiakasta on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään. Lakisäännöksillä pyritään varmistamaan asiakkaiden hyvä kohtelu sosiaali- ja terveydenhuollossa, tämä asiakkuutta koskeva pohdinta on myös kansalaisuutta koskevaa pohdintaa.

Potilas on sairas henkilö, joka käyttää terveydenhuollon palveluita. Potilas-käsitteen käyttö on jäänyt pois asiakirjoista ja tutkimuksista, ja tilalle on tullut asiakas-käsite. Perusteena on potilaan aseman muuttuminen terveydenhuollossa, koska potilas on ollut passiivinen osapuoli, ja asiantuntija on ollut auktoriteetti. Asiakkaan ja asiantuntijan suhteessa pyritään kohti tasa-arvoa ja yhteistyösuhdetta. Asiakas osallistuu hoitoaan koskeviin päätöksiin, mutta häneltä odotetaan myös motivaatiota itsensä hoitamiseen ja kuntouttamiseen. (Peltokorpi 2006, 26–27.) Valkaman (2012, 77) mukaan asiakas-käsite antaa kuvan aktiivisesta ja valintoja tekevästä yksilöstä, joka toiminnoillaan vaikuttaa palveluihin. Asiakas-käsitettä käytetään kuvaamaan lähes kaikkia palveluiden käyttäjiä riippumatta siitä, onko asiakas pelkästään toiminnan kohde, aktiivinen yhteistoimija, tahdonvastaisten toimien kohde vai kuluttaja.

Määritelmän mukaan asiakas on henkilö, joka on osapuoli sosiaali- ja terveysalan hoito-, palvelu- ja auttamistyössä. Erilaisten palveluiden käyttäminen merkitsee asiakkaalle institutionaalisten roolien hyväksymistä. (Juhila 2006, 121.) Asiakas ei ole passiivinen palveluiden vastaanottaja, vaan toimii omaehtoisesti. Asiakkuudeksi kutsutaan asiakkaan ja asiantuntijan välillä tapahtuvaa vuorovaikutusprosessia, jossa tärkeää on asiakkaan osallistaminen, jotta hän pystyy ottamaan vastuun omasta hoidosta ja välittämään omia tuntemuksiaan eteenpäin. (Koivuniemi & Simonen 2011, 17–18.) Kulttuurinen malli on edelleen se, että asiantuntija tietää paremmin ja enemmän kuin asiakas, vaikka ongelman määrittelijä on asiakas (Juhila 2006, 122).

Sosiaalihuollossa asiakkuuden edellytykset täyttyvät, kun yksilö tai ryhmä tulee määritellyksi sosiaalisen ongelman kautta, joka vaatii väliintuloa. Tämä väliintulo saa aikaan muutoksen tai ongelma poistuu. Asiakkuus ei ole muuttumaton tila. Organisatorisen asiakkuuden lisäksi asiakkuuteen kuuluu vuorovaikutusprosessissa rakentuva ja moniulotteinen tulkintatyö. (Jokinen, Juhila & Pösö 1995, 19.) Sosiaalityössä asiakassuhde on dikotominen, jolloin se korostaa asiakkaan ja työntekijän välistä hierarkkista suhdetta. Työntekijä on asiantuntija ja hänen tehtävänä on tehokkaasti ja vastuullisesti ohjata asiakasta. Tämän lisäksi asiakassuhteessa työntekijä on huolenpitäjä ja asiakas tukea tarvitseva. (Juhila 2006, 99, 198, 255; Kananoja ym. 2017, 186–189.) Asiakkaalla on tarve tai elämäntilanne, johon hän saa palvelujärjestelmässä apua. Palvelun antajan eli työntekijän tulee kohdata asiakas hänen tilanteestaan käsin, ei pelkästään avuntarvitsijana. Asiakas on yhteistyökumppani, jonka kanssa ongelma pyritään ratkaisemaan. (Juhila 2006, 147; Pohjola 2010, 30–31, 35.) Yhteistyö on voimaannuttava kokemus asiakkaalle, joten yhteistyö toimii muutostyön katalysaattorina ja tukena. Asiakkaan elämäntilanteen kartoitus on jo osa auttamisprosessia, jossa asiakas jäsentää omaa tilannettaan ja siihen vaikuttavia tekijöitä. (Kananoja ym. 2017, 185.)

Ritvanen ja Sinopuro (2013, 51–53, 103) käyttävät käsitettä kansalaisuus, joka pitää sisällään asiakkaan ja potilaan. Asiakkaalla on kontakti palvelujärjestelmään ja potilaalla on terveydentilaan liittyvä ongelma. Kansalaiskeskeisyydessä lähtökohtana on yhdenvertaisten palveluiden toteuttaminen paikallisella tai kansallisella tasolla. Toinen lähtökohta on palveluiden tarjoaminen väestötasolla tai yksittäiselle kansalaiselle. Toimintojen kehittämisen ja palveluiden määrittämisen keskiössä on nousee kansalainen. Tällöin toiminnan lähtökohtana on holistinen ihmiskuva. Kansalaiselle kehitettävät palvelut suunnitellaan ja arvioidaan jo ennen kuin asiakkuus syntyy, näin palveluissa on ennakoiva ja aktivoiva lähtökohta. Pohjolan (2010, 58) mukaan osallinen ihminen on mukana ja hänen näkemyksensä vaikuttavat palveluiden tuottamiseen ja asiakassuhde muuttuu yhteistyösuhteeksi.

Lainsäädännössä, suosituksissa ja ohjeistuksissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä kansalainen nimitään asiakkaaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on erilaisia asiakkuuksia ja niiden merkitys organisaatiolle on moninainen. Kansalainen on se asiakas, jota varten sosiaali- ja terveydenhuolto palvelujärjestelmä on luotu. (Valkama 2009, 35.) Perinteisesti asiakas on palveluiden tai tuotteiden vastaanottaja, joka voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai

organisaatio. (Virtanen ym. 2011, 17.) Hallinnollisesti katsottuna ostopalveluja ostava kunta on asiakas (Valkama 2009, 35). Sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä asiakkuuden syntyminen edellyttää palvelujen piiriin ottamisen ehtojen täyttymistä (Virtanen ym. 2011, 17).

Arantolan (2006, 28) mukaan asiakasajattelu oli 1980-luvulla asiakkaan kohtaamista, jossa tuli onnistua, jotta asiakas pysyi asiakkaana tai sai tarvittavan hyödykkeen. Varsinainen asiakkuusajattelu alkoi 1990-luvulla, jolloin tavoitteena oli sitouttaa asiakas palveluihin ja huomioida kriittiset pisteet palvelussa. Samanaikaisesti tulee huomioida kustannus- ja hinnoittelujattelu. Tällä hetkellä tarkastelun kohteena ovat asiakaskannat eli asiakkaiden segmentointi organisaation tasolla. Tavoitteena segmentoinnissa on kohdistaa palvelut oikein, kuvata tarjottavat kokonaisuudet sekä selvittää, miten organisaatio kohtaa asiakkaat nykyiset vaihtoehdot huomioiden. (Arantola 2006, 28–29.) Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjästä tuli ”asiakas” 1990-luvulla NPM myötä, jonka johdosta asiakkaan rooli palveluiden käyttäjänä korostuu (Virtanen ym. 2011, 15).

4.2. Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan voimaannuttamista (empowerment), jonka johdosta asiakas kykenee asettamaan ja saavuttamaan päämääriä ja hän tuntee oman elämänsä olevan hallinnassa sekä itsetuntonsa kohenevan. Asiakas osallistuu omaa hoitoonsa ja päätöksentekoon aktiivisesti osallistuvana toimijana. Palvelut ovat yksilöllisesti asiakkaalle suunniteltuja ja hänen tarpeisiinsa räätälöityjä. (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 281.) Asiakkaalla on tietoa omasta tilastaan, mutta hänellä on tietoa myös hoidoista, palveluista ja etuuksista. Asiakas on oman asiansa asiantuntija. (Valkama 2009, 35.)

Asiakaslähtöisyys nähdään toiminnan arvoperustana, koska jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta (Virtanen ym. 2011, 19), siksi asiakaslähtöisyys on synonyymi hyvällä hoidolla ja palvelulla (Järnström 2011, 46). Asiakaslähtöisyyttä määritellään eritavoin kontekstista riippuen. Stenvall ja Airaksinen (2009, 73–74) ovat jakaneet asiakaslähtöisyyden neljään tulkintaan asiakkuudesta, näistä tulkinoista ensimmäisenä on asiakkaan lähtökohtien ja tarpeiden huomiointi. Seuraavana tulkintana on kuluttajana oleva asiakas, joka valitsee haluamansa palvelun. Viimeiset tulkinnat ovat asiakkaan

kanssa yhteistyössä tehtävä vuorovaikutussuhde sekä asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa palvelun sisältöön.

Asiakaslähtöisyydessä tarkoitus on, että palveluiden järjestämisessä huomioidaan asiakkaan tarpeet häntä palvelevaksi kokonaisuudeksi. Asiakkaalta ja palvelutarjoajalta edellytetään vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet huomioidaan olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta parhaalla mahdollisella tavalla kustannustehokkaasti. Asiakaslähtöisyys on asiakassuhteen jatkumo, siksi palveluiden tarjoajan ja asiakkaan välinen yhteisymmärrykseen tulee toimia. (Virtanen ym. 2011, 86.) Asiakaslähtöisyys on toimintamalli, jossa asiakkaan tarpeet ja asiakkaalle koitua hyöty ovat ensisijaista toimintaa. (Rantanen 2013, 14.) Asiakas kokee palvelun aina prosessina, ei vain palvelun lopputuloksena, jossa hän on hyödyntänyt tietoa sekä muita aineettomia resursseja. Voidaan todeta, että asiakas määrittää aina palvelun käyttöarvon. (Mitronen & Rintamäki 2012, 12.)

Ammattilais- ja asiakasvuorovaikutuksessa asiakaslähtöisyys on yhteistyötä, jossa hyödynnetään asiakkaan asiantuntijuutta omaan tilanteeseensa, työntekijän osaamista ja ammattietiikkaan perustuvaa harkintaa (Juhila 2006, 137–140, Pohjola 2010, 45). Asiakkaan asenteet, mielikuvat ja odotukset vaikuttavat vuorovaikutus tilanteessa, mutta myös aikaisimmilla kokemuksilla vastaavista palvelutilanteista on merkitystä. (Virtanen ym. 2011, 30.) Sosiaalityössä asiakaslähtöisyys on ammatillisen työn perusta, johon vaikuttavat ammatillinen osaaminen ja ammattityön kehittäminen. (Toikko 2012, 65–66.)

Koivumäki ja Simonen (2011, 135–137, 163, 195) käyttävät käsitettä asiakassalkku, siinä resurssit ja työvälineet eri prosesseissa ovat kohdennettu asiakkaan tarpeiden pohjalta. Asiakassalkun avulla varmistetaan yksilöllinen hoidon saatavuus ja jatkuvuus valtuutettujen henkilöiden kanssa. Tarkoitus on huomioida jokaisen yksilöllinen tilanne, mutta sen lisäksi huomioidaan terveyden ylläpito ja sairauksien ennaltaehkäisy. Näin varmistetaan, että samalla resurssilla tarjotaan enemmän arvoa usealla tarvitsijalle jopa organisaatorajojen yli. Asiakkaan oman vastuun ja roolin korostaminen palvelujärjestelmässä on tärkeää. Asiakaslähtöisestä katsottuna palvelutapahtuma on asiakkaaseen kohdistuva, vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, jossa syntyy kokemus asiakkaalle, että hän on

saanut tarpeitaan vastaavaa palvelua. Asiakslähtöisyyttä ei ”tuoteta” vaan rakennetaan (Virtanen ym. 2011, 17).

Asiakslähtöisyys näyttäytyy erinäköisenä riippuen siitä kuka sen määrittelee, onko määrittelijä asiakas itse, työntekijä vai organisaatio. Tämä aiheuttaa asiakkaalle ristiriitaisen tunteen, koska samanaikaisesti häneltä odotetaan aktiivisuutta, mutta hänen tulisi sopeutua asiantuntijan toimintatapoihin. (Järnström 2011, 35–36.) Organisaation näkökulmasta asiakslähtöisyyttä pohditaan strategissa valinnoissa, suunnitellussa ja toiminnassa sekä arvioinnissa. Strategiatyössä tulisi asiakkaan osallistamisista ja vaikutusmahdollisuuksia huomattavasti lisätä. Asiakslähtöisyys on asioinnin helppoutta, joka edellyttää yli hallintorajojen meneviä toimintamalleja. Se ei ole tehokkuuden este vaan päinvastoin. (Rantanen 2013, 14–15.)

Laki potilaan asemasta ohjasi terveydenhuollon toimintaa kohti asiakslähtöisyyttä. Tämä näkyy siinä, että 1990-luvun aikana ja sen jälkeen asiakslähtöisyys kirjattiin entistä useampiin sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa säädettyihin ohjelmiin tai laatusuosituksiin. Asiakslähtöisyys on vahvistanut asemaansa sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisenä periaatteena (Virtanen ym. 2011, 16), mutta edelleenkin muutosta ei ole tapahtunut asiakas ja asiantuntija suhteessa. Tarvitaan organisaatio- ja asiantuntijakeskeisen paradigman syvällisempää ajattelutavan muutosta asiantuntijaorganisaatioissa. (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 281.)

Asiakslähtöisissä kehittämismalleissa asiakas on mukana kehittämässä ja testaamassa uusia palveluja tai luomassa palvelulle vaihtoehtoja ennen palvelun kehittämistä pidemmälle. Jotta palveluiden kehittäminen on asiakkaalle mahdollista, tulee hänen saada tietoa erilaisista palveluista ja toimenpiteistä, mitä on tarjolla. (Virtanen ym. 2011, 6, 39.) Palveluiden käyttäjät ovat aidosti palveluiden uudistajia. Siksi voidaan sanoa, että palvelutieteellinen ajattelu on kasvamassa julkisella sektorilla. Palvelutieteellinen ajattelu antaa organisaatioille uusia tulkinnan välineitä palveluiden kehittämiseen ja kannustaa uudistamaan toimintamalleja. Teknologian kehittyminen mahdollistaa uudella tavalla asiakslähtöisen palveluiden saatavuuden ja monipuolisuuden käyttäjän ja tuottajan välisessä vuorovaikutuksessa. (Virtanen & Stenvall 2014, 81–82, 155–156.)

Asiakaslähtöisyyteen liitetään erilaisia käsitteitä kuten asiakasymmärrys, asiakaskeskeisyys ja asiakasaosallisuus (Mitronen & Rintamäki 2012, 191). Asiakasymmärrys on organisaation kykyä ymmärtää todellisuus, jossa heidän asiakkaansa elävät ja toimivat (Kuusela & Neilimo 2010, 47). Tämän asiakasymmärryksen luominen onnistuu tiedon keräämisen avulla, jota kerätään asiakkailta eri tavoin. Koottu asiakastieto on jalostettua ja käyttötilanteeseen kytkettyä. Asiakasymmärryksen avulla voidaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita kiinnittää laajempaan kontekstiin, joita ovat yksilö, lähiympäristö ja yhteiskunta. Tämän jälkeen pystytään arvioimaan tämän hetken ja tulevaisuuden tarpeita paremmin. (Arantola 2006, 23–27, 51–52; Virtanen ym. 2011, 18.)

Nordlund (2009, 159160) on tutkinut asiakasymmärryksen luomista erityisesti innovaatioprosesseissa. Tutkimuksen mukaan asiakkaiden kyky ennustaa omia tarpeitaan tulevaisuuteen on rajallinen. Tätä kykenemättömyyttä ei otata huomioon tarpeeksi innovaatioprosesseissa, koska asiakkaat eivät tiedosta edes kaikkia nykyisiä tarpeitaan. Tutkimuksessa tunnistettiin kolme asiakasymmärryksen luomiseen liittyvää tilaa, jotka ovat suljettu, ehdollisesti avoin ja avoin tila. Näissä kaikissa tiloissa asiakkaan rooli, tietoisuus konseptin kehittämisestä, sitoutuminen sekä asiakkaiden ja konseptin kehittäjien väliset tietoprosessit ovat erilaisia. Innovaatioprosesseissa tulisi huomioida sekä ennakkoon että kehittämisvaiheen aikana nämä erilaiset tilat ja niiden vaikutukset asiakasymmärryksen luomiseen.

Asiakaslähtöisyys käytetään synonyyminä asiakaskeskeisyydelle. Kun asiakas on palvelun keskipisteessä, ja palvelut sekä toiminnot organisoidaan häntä varten, on kyse asiakaskeskeisyydestä. Koska asiakas ei ole ainoastaan palveluiden kehittämisen kohteena vaan osallistuu palvelutoiminnan suunnitteluun yhdessä palvelun tarjoajien kanssa, voidaan sanoa asiakaslähtöisyyden olevan asiakaskeskeisyyden seuraava vaihe. Toisin sanoen asiakaskeskeinen toiminta on asiakaslähtöistä vasta silloin, kun se on toteutettu asiakkaan kanssa, ei vain asiakasta varten. Asiakaslähtöisyydessä asiakas nähdään resurssina, jonka voimavaroja hyödynnetään palveluiden toteuttamisessa ja kehittämisessä. (Virtanen ym. 2011, 18–19.)

Kujalan (2003, 41, 141–142) mukaan osallisuus on asiakkaan autonomiaa, itsehoitoa ja vaikuttamista omaan hoitoonsa. Asiakkaan osallisuus on tavoiteltavaa asiakaslähtöisyyttä, ja se soveltuu lähtökohdaksi kaikille asiakastyötä toteuttaville ammattilaisille. Se ei vähennä ammattilaisen asiantuntijuutta, eikä siirrä vastuuta asiakkaalle. Osallisuus mahdollistaa hyvän ja toimivan yhteistyösuhteen asiakkaan ja ammattilaisen välillä.

3.3. Asiakas kuluttajana

Käsitteissä asiakas ja kuluttaja korostetaan palvelujen käyttäjien äänen (user voice) merkitystä. Palvelujen käyttäjän pitää voida vaikuttaa tuotettavien palvelujen kehittämisessä, suunnittelussa ja toimeenpanossa, koska kyse on julkisin verovaroin rahoitetuista ja tuotetuista palveluhyödykkeistä. (Virtanen ym. 2011, 16.) Asiakaspalvelu on jatkuvan uudistumisen kohteena, joten kehittämisen ajankohtaisuus ei muutu toimintojen ja rakenteiden muutosten myötä. Tulevaisuudessa asiakkaat vaikuttavat siihen millaisia palveluita tarjotaan. (Rantanen 2013, 8, 12.) Asiakkuusajattelun kehittymistä on vauhdittanut vastuun siirtyminen palvelujen käyttäjille ja kansalaisille itselle. Asiakkaiden ottaminen mukaan palveluiden kehittämiseen on keino saada suurempi joukko asiakkaita osallistumaan tai tuomaan äänensä kuuluviin. Asiakkaan osallistuminen palvelutapahtumaan merkitsee siis vuorovaikutuksen kehittämistä asiakkaiden ja palvelun tarjoajien välillä. (Virtanen ym. 2011, 16, 29.)

Palveluiden saatavuutta ja joustavuutta voidaan huomattavasti vielä kehittää ja tehostaa informaatio- ja kommunikaatioteknologian avulla. Sähköiset palvelut mahdollistavat uusien palvelu- ja jakelukanavien luomisen sosiaali- ja terveydenhuoltoon uudella tavalla. Huolimatta näistä mahdollisuuksista tulevaisuudessa palvelut säilyvät henkilökohtaisina ja palvelujärjestelmät pääosin alueellisena. (Lillrank & Venesmaa 2010, 192–193.) Palveluiden keskittäminen ja itsepalveluiden mahdollisuuksien lisääminen on muuttanut palveluiden vaatimuksia, mutta käyntiasiakkaiden palvelut tulisi turvata kustannustehokkaasti (Rantanen 2013, 5).

Asiakaskokemus on keskeistä palvelussa, se voidaan jakaa kolmeen tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Toiminnan taso vastaa asiakkaan funktionaaliseen tarpeeseen, silloin palvelussa keskeistä on prosessien sujuvuus, saatavuus, tehokkuus ja monipuolisuus. Asiakkaan tuntemus ja henkilökohtainen kokemus ovat tunnetasoa, joka on palvelun helppoutta, innostavuutta ja tunnelmaa. Korkein taso on merkitystaso, joka on kokemukseen liittyviä mielikuva- ja merkitysulottuvuuksia, kulttuurisia koodeja, lupauksia ja oivalluksia kokemuksen henkilökohtaisuudesta. (Tuulaniemi 2011, 74.)

Arvolupaus on asiakkaan määrittämä hyöty saamastaan palvelusta. Arvopohjainen lähestymistapa on asiakaslähtöinen näkökulma palveluiden sisältöjen määrittämiseen. (Mitronen & Rintamäki 2012,177.) Emotionaalisen arvon ympärille rakennetun arvolupauksen fokus on asiointikokemus, joka tuottaa asiakkaalle myönteisiä tunteita ja kokemuksia. Symbolinen arvo on merkitys, jonka asiakas palveluun liittää, se voi ilmetä jopa itseilmaisullisuutena. Kyse on merkityksistä, jotka liittyvät palveluun ja sen tarjoajan mielikuvaan, koska palvelu on asiakkaalle merkityksellinen ja hän profiloituu sen kautta. Arvolupaus on asiakkaan näkökulmasta merkityksellinen, koska se erilaistaa organisaation myönteisellä tavalla kilpailijasta. (Mitronen & Rintamäki 2012, 198–200; Tuulaniemi 2011 33–34.)

Asiakasarvo on asiakkaan kokema hyödykkeestä saadun hyödyn ja kustannusten erotus tai suhde. Asiakasarvo on subjektiivinen ja jokaiselle ihmiselle erilainen. Jos palvelu ratkaisee asiakkaan ongelman, asiakas kokee saavuttavansa itselle arvoa. Tämän arvon merkitys on siinä, mitä hän on valmis palvelusta maksamaan, miten käyttää palvelua ja suosittelee hän palvelua muille. Palvelun hinta ei ole vain rahallinen arvo vaan se on uhraus, jonka asiakas palvelun eteen tekee eli kyse on vaivasta, jonka palvelu on vaatinut. Arvo on aina suhteellista ja siihen liittyy asiakkaan aiemmat kokemukset ja se, mitä asiakas arvostaa. Asioilla on tietty arvo ainoastaan, mikäli joku kokee sen arvokkaaksi, sillä ei ole absoluuttista arvoa. (Arantola 2006; Löytänä & Korkiakoski 2004, 19–20; Zeithaml 1988, 14.) Sekä asiakkaiden että organisaatioiden tulee ymmärtää, että arvon luominen yhdessä on kaksisuuntaista, vallan mukana siirtyy myös vastuu (Grönroos 2009, 25–29; Prahalad & Ramaswamy 2004, 13–14). Kun asiakas nähdään kumppanina ja resurssina, asiakas omistaa asiakastarpeen ja palvelu on arvon tuottamista asiakkaan kontekstissa. Julkinen hallinto antaa palvelulupauksen asiakkaalle ja osoittaa resursseja, johtamista ja motivointia työntekijöille, jotta nämä lunastaisivat palvelulupauksen asiakasrajapinnan toiminnassa. (Prahalad & Ramaswamy 2004, 9; Rannisto 2013, 16)

NPM mukaan palvelujärjestelmän asiakas nähdään ensisijaisesti kuluttajana. Julkisten palvelujen tuottajalla ei ole paljon mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, tuotetaanko jotakin tiettyä palvelua vai ei, koska ohjaus tulee valtion taholta. Siksi ”kuluttaja-kansalainen” ja palveluntarjoajat eivät pysty vaikuttamaan markkinoihin vaan päätökset kuuluvat poliittisille päätöksentekijöille sekä tilaajille. Greve ja Jespersen (1999, 148) mukaan NPM-ajattelussa kansalaista ei nähdä vain kuluttajina, vaan julkista etua tavoittelevana yhteisön jäsenenä ja kansalaisena. Kuluttajuus ja managerialismi voivat antaa käyttäjille jaloilla äänestämisen mahdollisuuden, mutta ne eivät välttämättä anna

mahdollisuutta vaikuttamiseen ja äänen kuuluville saamiseen palvelujen kehittämisessä. Tehokkuus, taloudellisuus ja vaikuttavuus ovat käsitteitä, jotka aiheuttavat eettisiä ongelmia sosiaali- ja terveydenhuoltoon (Valkama 2009, 37).

Menetelmänä palveluiden kehittämisessä on palvelumuotoilu. Sen tavoitteena on vastata palvelua tuottavan organisaation ja sen kohderyhmän vuorovaikutuksen haasteisiin. Palvelumuotoilu tuo käyttäjälähtöisen näkökulman ja työkalun palvelujen kehittämiseen. (Ahonen 2017, 34–35; Häyhtiö, Kyhä ja Raikisto 2017, 86). Lähtökohtana palvelumuotoilussa on asiakkaan ongelma, johon suunnittelutyössä pyritään löytämään ratkaisu, joka on käyttäjälähtöinen ja arvoa tuottava. (Grönroos 2000, 51–53). Palvelumuotoilun avulla parannetaan palveluntuottajan ja tarjoajan liiketoiminnan tulosta tai muuta lisäarvoa tuottavaa tekijää sekä asiakkaan kokemusta palvelusta (Ahonen 2017, 34; Tuulaniemi 2011, 95). Käyttäjälähtöisessä toteuttamisessa palvelumuotoilun käsitteitä ovat yhteisluominen (co-creation) ja yhteissuunnittelu (co-design). Näillä viitataan yhteistoimintaan asiakkaan ja toimijoiden välillä. Yhteisluominen on palvelun tuottamista niin, että asiakas on mukana sekä tuottajana että kuluttajana. Yhteissuunnittelu on suppeampi käsite ja se viittaa palvelumuotoiluprosessissa tapahtuvaa suunnittelua. (Häyhtiö ym. 2017, 93.)

Kuluttaja-asiakkaalla on mahdollisuus tehdä valintoja, mutta sosiaali- ja terveystaloudissa valinnan mahdollisuudet vaihtelevat. Valinta voidaan tehdä palveluntuottajista, palvelun sisällöistä, palvelun ajoituksesta ja määrästä, siksi kuluttajasuhteessa ammattilaisen rooliksi määrittyy tietoa antava, asiakkaan mielipidettä selvittävä sekä valinnassa ja palvelun saamisessa auttava konsultti. (Leece & Leece 2010). Jatkossa julkiset terveydenhuollon palvelut joutuvat kilpailemaan keskenään tai yksityisten palveluiden tuottajan kanssa. Tämä saattaa asiakkaan odotukset uuteen valoon. (Russell 1994 204–206.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksessa on asiakkaiden valinnanvapaus noussut keskeiseksi kysymykseksi. Terveydenhuoltolaissa (2010) säädettiin valinnanvapaus julkisten palveluiden osalta alkamaan vuoden 2014 alusta, jonka jälkeen julkisten palveluiden valinnanvapaus kasvoi. Valinnanvapaus mahdollistaa potilaan oikeudet valita perusterveydenhuollon hoitopaikka ja yhdessä lähettävän lääkärin kanssa erikoissairaanhoidon hoitoyksikkö. Asiakkaalla on oikeus valita myös hoitava ammattihenkilö hoitoyksikön tarjoaminen mahdollisuuksien mukaan. Valinnanvapaus

on asiakkaan oikeus, jolla hän voi vaikuttaa ja ottaa vastuuta omasta terveydestään. Se edellyttää asiakkaalta, että hän tietää oikeutensa, hän haluaa valita ja hän on kykenevä tekemään valinnan itsenäisesti tai avustettuna. (Johansson & Virtanen 2013, 2071–2072.)

Palveluiden ohjaamisjärjestelmiä ovat markkinat, hierarkiat ja verkostot sekä niiden yhdistelmät. Jokaiselle järjestelmällä on olemassa omat ohjausmekanismit, joiden avulla resursseja kohdennetaan ja toimintoja koordinoidaan ja kontrolloidaan. Keskeistä on kuinka hyvin pystytään asiakasarvoa tuottamaan ja kuinka tehokkaasti palvelut saadaan asiakkaan käyttöön. (Mitronen & Rintamäki 2012 180.)

3.4. Aktiivinen kansalainen

Kansalainen on juridisesti ja poliittisesti valtion tai kunnan jäsen. Hänelle kuuluvat perustuslaissa määritellyt kansalaisoikeudet, jotka velvoittavat valtiota ja kuntia. Kansalaisen vaikuttamis- ja osallistumisoikeudet ovat kirjattu moniin säädöksiin, siksi oikeudet ja velvollisuudet myös osaltaan määrittelevät kansalaisuutta. (Virtanen ym. 2011, 16.) Kansalaisaktiivisuus on lisääntynyt yhteiskunnallisten ja taloudellisten muutosten johdosta. Lisäksi vaikuttamisen kanavat kuten sosiaalinen media mahdollistavat nopeamman tavan reagoida kuin demokraattisen vaalit. Vaikuttamisen keinoksi on tullut palveluiden käyttäjien osallisuus. Tällöin kansalainen toimii ammattilaisen kumppanina. (Kananoja jne 2017, 95–97.)

Evers (1998) on määritellyt neljä erilaista tapaa, joilla voidaan lisätä kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia julkisten palvelujen kehittämiseen. Ensinnäkin kansalaiset voivat vaikuttaa epäsuorasti äänestämällä edustuksellisen poliittisen demokratian avulla. Palveluja kehitetään laajemmassa koko yhteiskunnan intressit huomioivassa mittakaavassa. Toisena on vaikuttaminen osallistuvan demokratian avulla. Tällöin kansalaiset voivat vaikuttaa palveluiden kehittämiseen toimimalla lähtee järjestöissä, kirkossa, työväenliikkeessä sekä erilaisista itseorganisointuneissa, ”self-help”-ryhmissä. Kolmanneksi kuluttajuuden nähdään vahvistavan demokratiaa esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa markkinalähtöisten ratkaisujen avulla. Viimeisenä on osallistuminen yhteistuottajana, joka valtuuttaa kansalaiset tuottamaan palveluja ammattilaisten kanssa yhteistyössä ja kaventaa näin ammattilaisten ja kansalaisten välistä kuilua.

Aktivoiva hyvinvointipolitiikkaa edellyttää kansalaisilta omaa aktiivisuutta. Koska palvelut siirtyvät markkinaperusteiseksi, tulevat valinnanvapaus ja osallisuus lisääntymään. Asiakkaan tulee saada tietoa enemmän palveluista, valinnanmahdollisuuksista ja vaihtoehtoista. Palvelujen saaminen vaatii asiakkaalta aktiivisuutta ja vahvaa toimijuutta. Riskinä on kansalaisten eriarvoistuminen, koska tukea tarvitsevien kansalaisten tarpeet saattavat jäädä tyydyttämättä. (Valkama 2009, 36; Valkama 2012, 45; Valokivi 2008, 73.) Asiakkaan osallisuus on palvelunkäyttäjän vaikuttamista toimintaan tai palveluprosessiin. Osallisuus on osallistumista vapaaehtoisesti ja omaehtoisesti, joten motiivi voi olla ideologinen, kulttuurinen, taloudellinen tai sosiaalinen. Kun kansalainen on osallinen, hän vaikuttaa yhteiskunnallisesti. Yleisesti hyväksytyt säännöt ja määräykset ohjaavat osallisuutta. Aito ja sitoutunut osallisuus mahdollistavat muutoksia. (Valkama 2012, 57.)

Kun valtio järjestää tasapuolisen standardipalvelun kaikille, asiakas nähdään palvelujen kohteena. Tällöin palvelua tuottavat arvioivat asiakkaan oikeudet palvelujen saamiseen ja tuottavat palvelun omalta kannaltaan tehokkaimmalla mahdollisella tavalla. Palvelutarpeen arviointi on annettu usein ammattilaisille, joiden koulutustasoa, määrää ja oikeuksia valtio määrittää. (Rannisto 1913, 16.) Käyttäjän asiantuntijuus antaa tietoa palvelun henkilökohtaisesta hyödyistä ja merkityksestä, samanaikaisesti se tuo haasteen palvelun tuottajan ja järjestäjän asiantuntijuudelle. Ammattilaiselta vaaditaan kykyä kuulla ja kunnioittaa käyttäjän kokemustietoa tiedon tuottamisessa sekä luottamusta käyttäjän pätevyyteen päätöksenteossa. Tiedon tuottajana käyttäjä on joko suljetussa, ehdollisesti avoimessa tai avoimessa tilassa riippuen hänen tavoitteista ja sitoutumisesta kehittämiseen. Suljetussa tilassa käyttäjä vastaa ammattilaisen esittämiin kysymyksiin ja kyselyihin, mutta hän ei ole tietoinen kehittämisen tavoitteista ja sitoutuminen kehittämiseen on vähäistä. Ehdollisesti avoimessa tilassa käyttäjä osallistuu tiedon tuottamiseen ammattilaisen määrittämässä rajoissa ja ammattilaisen asettaman päämäärän suuntaan. Avoimessa tilassa käyttäjä ja ammattilainen toimivat yhteistyössä ja näinollen kehittämisen päämäärät ja tarkoitukset määritellään yhdessä. (Nordlund 2009, 162–164.)

Nykyisin useassa organisaatiossa nimetyt kokemusasiantuntijat toimivat kokemuksellisen tiedon välittäjinä. Kokemusasiantuntisuus on käytännöllistä ja aatteellista toimintaa, jossa ihmisten osallisuus yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen ja palvelujärjestelmän muotoutumiseen nähdään keskeisenä arvona ja toimintaa ohjaavana tekijänä. Organisoituessaan toiminta muuttuu tavoitteelliseksi. Se on sopimusten ohjaamaa kohdentunutta ja rajautunutta. (Ahola 2017, 289–294.)

Kokemusasiantuntijat toimivat yhdessä ammattilaisten kanssa ja heidän työtään täydentävissä rooleissa. Kokemusasiantuntijat eivät tee eri ammattiryhmän tehtäviä, eikä heidän osaaminen ja koulutus vastaa ammattilaisen osaamista. He tuovat kokemuseräistä tietoa ja ymmärrystä asiantuntijatiedon ja ammattiosaamisen rinnalle. Tämä auttaa palauttamaan ja säilyttämään ammatillisen työn perustehtävän elävyyden, inhimillisyyden ja vaikuttavuuden. (Hietala & Rissanen 2015, 19.)

5. Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa esittelen tutkimusasetelmani; tutkielmalleni asettamani tutkimustehtävän, analyysin pohjana olevan aineiston ja kuvaan analyysimenetelmäni. Analyysini pohjaa diskurssianalyysin, jonka keinoin etsin asiakasdiskursseja sosiaali- ja terveyspalvelujen muutosta tarkastelevista tutkimus- ja arviointiraporteista. Raportit ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen aikana tehtyjä tutkimus- ja arviointiraportteja, joista kolme on alueellisten palveluketjuhankkeiden loppuraportteja ja neljä palvelurakennemuutoksen arviointitutkimuksia.

5.1. Tutkimustehtävä

Sosiaali- ja terveydenpalvelujärjestelmä on ollut jo pitkään niin yhteiskunnallisen keskustelun kuin hallinnollisen muutosprosessin kohteena. Tässä suuressa rakenteellis-poliittisessa muutoksessa muuttuu myös se tapa, jolla asiakkuutta lähestytään tai kuinka asiakkaista puhutaan. Muutosten keskeisenä tavoitteena on edistää kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä, varmistaa asiakkaiden oikeus hyvään sosiaali- ja terveyspalveluun ja taata niin palvelujen saatavuus kuin yhdenvertaisuus. (Erhola ym.2014, 16.)

Rakennemuutoksen historia on pitkä, Paras-laissa (2007) tavoiteltiin ensimmäisen kerran palvelurakenteiden vahvistamista ja yhteistoiminnan lisäämistä. Laissa esitettiin laajoihin väestöpohjiin perustuvien palveluiden organisointia sekä kuntien välisen yhteistyön tiivistämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä. (Laki kunta- ja palvelu uudistuksesta 169/2007.) Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutos on kirjattu kärkihankkeeksi Sipilän (2015)

hallitusohjelma. Tavoitteena on toteuttaa laaja asiakaskeskeinen palveluintegraatio, parantaa palvelujen toimivuutta yhdenvertaisella tavalla ja tuottaa kustannussäästöjä (Pekurinen ym. 2016, 14).

Sosiaali- ja terveystalvaelujärjestelmien muutos on tuottanut suuren määrän muutosta ohjaavaa ja sitä tarkastelevia raporteja. Raportit ovat samalla osa sitä muutosta, jossa tuotetaan uutta suhdetta asiakkuuteen. Valikoidut raportit toimivat myös nyt kyseessä olevan tutkielman empiirisenä aineistona. Etsin raporteista tapoja puhua asiakkuudesta ja asiakkaasta.

Tutkimuskysymykseni ovat:

Millaisia asiakasdiskursseja raporteista on mahdollista paikantaa?

Miten asiakkuus on muuttunut?

Miten asiakkaan ymmärtäminen kietoutuu osaksi sosiaali- ja terveystalvaelujen rakennemuutosta (Sote)?

5.2.Aineistot

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston määrä ei ole oleellinen. Sen sijaan aineistoa valittaessa oleellista on sen laatu. Tutkimusaineisto toimii apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämisessä tai teoreettisesti mielekkään tulkinnan muodostamiselle. Tutkimusaineiston tulee siis olla sellainen, että sen pohjalta on mahdollista vastata kattavasti tutkimusongelmaa. (Vilkka 2015, 150.)

Tutkimukseni empiirisenä aineistona toimivat raportit, joita on tehty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksen aikana. Palvelurakennemuutoksen valmistelun aikana on tehty ja julkaistu lukuisa joukko erilaisia tutkimuksia ja raportteja. Usein nämä ovat olleet luonteeltaan hyvin organisaatiolähtöisiä ja toiminnan tuottamista kuvaavia raportteja (vrt. Kunta- ja palvelurakennemuutuksen toteutuminen). Omassa tutkimuksessani olen kiinnostunut asiakkuuden kysymyksistä ja siksi olen valinnut analyysin kohteeksi raportteja, joissa on kiinnitetty erityistä huomioita asiakkaan asemaan palvelujärjestelmässä.

Lähdin aineistoni hankinnassa liikkeelle siitä, että ensin kartoitin, mitä sosiaali- ja terveyspalvelurakenneuudistuksesta on kirjoitettu tai miten sitä on tutkittu. Huomasin hyvin pian, että tutkimukset liittyivät alueellisiin sekä valtakunnalliseen palvelujärjestelmän uudistuksiin tai muutoksiin. Tutkimukset, jotka kohdistuivat asiakkaaseen liittyvät usein tietyn sairauden tai alueen palveluketjuhin ja palvelujärjestelmän toimivuuteen. Joukossa oli myös paljon raportteja, jotka arvioivat tietojärjestelmiä. Valitsin analyysini kohteeksi seitsemän raporttia, joissa asiakkuutta kuvaavia diskursseja oli löydettävissä tekstistä tai omana lukuna raportissa. Lähes kaikki valitsemistani raporteista arvioivat ensisijaisesti palvelujärjestelmää ja sen muutoksia, mutta niihin sisältyi paljon kuvausta asiakkuudesta.

Suurin osa aineistoon sisältyvistä raporteista (raportit 3-7) on tehty Paras-hankkeen ja järjestämislakiuudistuksen jälkeen ja niiden tavoitteina on ollut viedä erityisesti sote-muutosta eteenpäin. Halusin kuitenkin aineistooni myös raportteja ajalta ennen Paras-hanketta. Näin varmistin sen, että asiakkuudesta löytyi pohdintaa ilman kytkentää rakenteellisiin muutoksiin. (KS.Liite 1.)

Seuraavaksi esittelen analyysini kohteena olleet tutkimusraportit aika järjestyksessä.

1. Ensimmäinen valitsemani raportti on ”Läheisyyttä asiakastyöhön, lähipalvelutyöryhmän asiakasprojektin loppuraportti” (Lehtonen 1998), jonka tavoitteena olivat asiakkaiden aseman ja oikeuksien vahvistaminen, asiakastyön kehittäminen ja uuden asiakkuuden olemuksen jäsentäminen. Samalla pyrittiin tuottamaan uusia ja innovatiivisia toiminta- ja työskentelymalleja. Kehittämishankkeissa kehitettiin palvelukokonaisuuksia kymmenen kunnan alueella. Tuloksissa todetaan, että asiakastyötä on mahdollista uudistaa lyhyelläkin aikajaksolla, mutta paras lopputulos saadaan, jos uudistaminen tehdään samanaikaisesti sekä palvelujärjestelmän rakenteissa sekä asiakastyön sisältökysymyksissä.

2. Toisena raporttina on ”Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketju kokeilulain (22.9.2000) toimeenpanosta kokeilualueella” (Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen 2005) Raportissa kuvataan saumattoman palveluketjun toimeenpanoa sairaanhoitopiirien alueilla, sekä kootaan alueiden

kokemuksia lain kehittämistarpeista pysyvän lainsäädännön pohjaksi. Alueilla tehtyjen kyselyiden ja selvityksen mukaan kokeilun tarkoitus ja tavoitteet jäivät osin epäselviksi, ja lain keskeisistä käsitteistä on erilaisia tulkintoja. Kokeilulaki käsittää teknisen ja osin toiminnallisen palvelujen yhteensovittamisen. Palvelujen yhteensovittamiseen liittyvä yhteistyö on keskittynyt hoitoketjuihin tai niiden osiin.

3. Kolmas raportti on ”Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010, järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa” (Heinämäki 2011). Sen tavoite on selvittää kokonaiskuva yhteistoiminta-alueiden palveluiden rakentumisesta ja tunnistaa tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet onnistuneisiin ratkaisuihin. Raportin aineisto koottiin haastatteleamalla johtavia viranhaltijoita. Tuloksissa yhteistoiminta-alueiden palveluiden tuottamisessa esiintyy erilaisia hallinnollisia variaatioita, jotka joustavoittavat tai rajoittavat laajemman väestöpohjan tuottamia hyötyjä palveluissa. Yhteistoiminta-alueiden onnistumiselle kriittisinä kohtina ovat kunnallisen demokratian uusien väylien muodostuminen sekä peruskuntien luottamuksen saavuttaminen. Palveluiden keskittämisen seurauksena ongelmallista oli osaamisen eriytynyt käyttö sekä epäselvyydet hallinnon ja päätöksenteon rakenteissa.

4. Raportissa ”Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja” (Leväsluoto & Kivisaari 2012) kehitetään asiakaslähtöisiä palvelumalleja ja asiakkaiden osallisuutta omaan hoitoonsa. Tutkimusaineisto kerättiin asiantuntijoita teemahaastatteleamalla. Tuloksissa esitetään järjestelmään muutosta, mutta muutoksen sisältöä ja keinoja ei osata yksilöidä. Asiakaslähtöisyys käsitteenä on monimerkityksellinen, siksi asiakaslähtöiset palvelumallit ovat myös vaikeasti hahmotettavissa. Tarvitaan asenteiden muutosta sekä asiakkailta että asiantuntijoilta, mutta tämän muutoksen avuksi toivotaan valtakunnallista tukea ja koordinoitua.

5. Niirasen, Puustisen, Zittingen ja Kinnusen (2013) raportti ”Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksessa Paras hankkeen tutkimusohjelma (Arttu)” selvittää palveluiden eheyttä, asiakaslähtöisyyttä ja

tehokkuutta. Palveluja on tarkasteltu strategia tasolla, organisaatiotasolla sekä toiminnallisella tasolla. Tuloksissa todetaan, että integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on edennyt, ja se on eheyttänyt palveluja. Kunta- ja palvelurakenteissa on tapahtunut muutoksia, mutta päätöksentekorakenteet ja johtamisjärjestelmät eivät ole seuranneet mukana.

6. Kuudes valitsemani raportti on ”Sote –uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi” (Erhola ym. 2014). Raportissa arvioidaan järjestämislakiehdotuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Arviointi perustuu julkaistuun tutkimustietoon ja dokumentoituihin kokemuksiin kansallisista kokeiluista sekä kansainvälisistä uudistuksista. Lisäksi aineistoa on kerätty asiantuntijoiden arvioinneista ja saatavilla olevista kustannustiedoista. Tulosten mukaan esitetyt muutokset eivät riitä asetettujen tavoitteiden toteuttamiseen. Väestöstä puolet pääsevät sekä vertikaalisen että horisontaalisen integraation piiriin. Hallintorakenteet ovat monitasoisuuden takia riskejä tulevan hallinnon toimivuudessa, mutta palveluiden saatavuuden ja laadun näkökulmasta suuret järjestäjätahot ovat puollettavia. Kansallisen ohjauksen mekanismit ovat keskeneräisesti määritelty.

7. Raportti ”Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakkoarviointi” (Pekurinen ym.2016) arvio laadittavana olevan hallitusesitys-luonnoksen vaikutusten arviointia sosiaali- ja terveydenhuoltoon, asiakkaisiin ja ihmisiin. Arvioinnissa käytetään tutkimustietoa, tietovarantoja, kansainvälistä tietoa ja THL:n omaa asiantuntemustietoa sekä asiantuntijahaastatteluita eri toimialuilta. Raportissa arvioidaan, parantaako sosiaali- ja terveystalouden siirtyminen kunnilta maakunnille edellytyksiä lisätä kansalaisten yhdenvertaisuutta palvelujen saamisessa ja pitkällä aika välillä kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Sosiaali- ja terveystalouden yhteensovittaminen on keskeinen keino uudistuksen tavoitteiden saavuttamisessa, mutta sen toteuttaminen on vielä epävarma. Lakiluonnos tarjoaa kuitenkin nykyistä paremmat edellytykset toteuttaa välttämättömiä rakenteellisia uudistuksia.

5.3.Menetelmä

Diskurssianalyysi on väljä teoreettinen viitekehys, joka mahdollistaa erilaisten metodisten sovellusten käytön. Ihmisten kielellisesti tuottamat merkitykset jäsentyvät diskursseiksi eli merkityssuhteiden kokonaisuuksiksi; niiden avulla luodaan, ylläpidetään ja muutetaan todellisuutta. Diskurssit paljastavat sen, millaisiksi ilmiöt muotoutuvat esimerkiksi sääntöinä tai normeina. (Vilkka 2015, 176) Diskurssianalyysi ei ole kaiken kattava analyysimenetelmä, vaan eräs laadullisen tutkimuksen vaihtoehtoista. Diskurssianalyysi on ennemminkin lähestymistapa, jossa on lukuisia eri näkökulmia ja painopisteitä. Diskurssit eivät esiinny koskaan teksteissä valmiina, vaan ovat aina tulkintoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 111–112.)

Fairclough (1992, 62–67) korostaa kielenkäytön merkitystä sosiaalisena käytäntönä. Diskurssi on sosiaalisen toiminnan muoto, jolla vaikutetaan muihin ihmisiin ja ympäröivään maailmaan. Sosiaalisten rakenteiden ja diskurssin keskinäinen vuorovaikutus on tärkeä, koska sosiaaliset rakenteet muokkaavat diskursseja ja toisaalta diskurssit taas muovaavat sosiaalisia rakenteita. Faircloughin mukaan diskurssianalyysin pääperiaate on, että ne merkityksellistävät, muokkaavat ja konstruoivat maailmaa. Diskurssit ovat toimintoja, jotka luovat, ylläpitävät ja muuttavat valtasuhteita ja erilaisia kollektiivisia ryhmiä.

Käyttäessämme kieltä konstruimme eli merkillistämme kohteet, joista puhumme ja kirjoitamme. Käsité ei ole itsestään selvyys vaan kielen konstruktivisuuden idea ymmärretään. Kieli jäsennetään sosiaalisesti jaettuihin merkityssysteemeihin, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Kieli ei ole suoraan todellisuuden kuva, siksi mitään käsitettä ei voida pitää itsestään selvänä. Sanat ja käsitteet tuotetaan eletyn kulttuurisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen keskellä. Kulttuurien välisiä eroja voi olla, mutta oman kulttuurinsa edustajana on vaikea havaita konstruktivisuutta. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016, 2629.)

Tässä tutkimuksessa asiakas sana sisältää oletuksen siitä, millaisen merkityksen asiakas saa. Diskurssianalyysissa on tarkoitus rakentaa yksinkertaistavien kuvien tilalle selitysvoimaisempia kuvauksia siitä, miten sosiaalinen todellisuus on rakentunut ja miten sitä rakennetaan. Merkityssisällöt rakentuvat osana erilaisia sosiaalisia käytäntöjä. Diskursseja voidaan verrata

säännönmukaisiksi merkityssuhteiden systeemiksi, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentavat sosiaalista todellisuutta. Merkityssysteemejä ei ymmärretä pelkästään sanojen ja lauseiden muodostamina systeemeinä, sillä myös ei-sanallinen viestintä on tarkoituksellista. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016, 26–34.)

Diskurssit ovat tapoja puhua asioista, jotka syntyvät tavasta ajatella asioista. Puhumisen ja ajattelun yhdistäminen muodostaa ideologioita, jotka jakavat valtaa yhteiskunnassa, sekä siirtyvät ihmisten toimintaan ja kielenkäyttöön. Diskurssit ovat käsityksiä, mutta samalla ne ovat puhetapoja, joihin käsitykset vaikuttavat. (Johnstone 2008, 3.) Diskurssianalyysi on kiinnostunut tilanteesta ja sosiaalisesta käyttäytymisestä sekä siitä millaisia oikeuksia, velvollisuuksia ominaisuuksia ja positioita yksilö asettaa itselle ja toiselle sosiaalisissa tilanteissa (Vilkkä 2015, 177).

Merkityssysteemit voidaan nimetä joko diskursseina tai tulkinta repertuaareina. Diskurssin käsitettä käytetään ilmiöiden historiallisuuden tarkastelussa, valtasuhteiden analyyseissa sekä institutionaalisissa sosiaalisissa käytännöissä. Tulkintarepertuaaria käytetään tutkimustehtävissä, joissa tarkastelun kohteena on yksityiskohtainen arkinen kielenkäytön vaihtelevuus. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016, 32–35.)

Diskurssianalyysi painottuu neljä ulottuvuutta, joita ovat retorisen ja responsiivisen analyysin välinen suhde, tilanteisuuden ja kulttuurisen jatkumon välinen suhde, merkityksen ja merkitysten rakentamisen tapojen suhde ja kriittisen ja analyyttisen diskurssianalyysin välinen suhde. Tutkimuksessa nämä ulottuvuudet ovat läsnä, mutta painopisteen vaihtelua voi tapahtua tutkimuksen eri vaiheissa. (Jokinen & Juhila 2016b, 268.) Kontekstin eli tapahtumatilanteen moniulotteisuus rikastuttaa aineiston analyysiä. Kontekstina voidaan pitää reunaehtoja, jotka ovat olennaisia aineiston tuottamiselle. Reunaehdot huomioidaan tutkimuksen lähtökohdissa, aineiston valinnassa ja kysymysten asettelussa. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016a, 36–42.) Kontekstisidonnaisuudessa analysoitavaa toimintaa tarkastellaan tietyssä ajassa ja paikassa, johon tulkinta pyritään suhteuttamaan. Kontekstilla voidaan kuvata erilaisia tarkastelutasoja ajallisesti, paikallisesti, kulttuurisesti sekä vuorovaikutuksellisesti. Kielenkäyttötilanteet jaetaan makro- ja mikrotason tilanteisiin. Mikrotaso voi olla arkista sananvaihtoa tai muistilappua, mutta makrotaso on laajimmillaan yhteiskunnallista ja historiallista tilannetta (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 18).

Aineistoista löytyvät diskurssit ilmentävät strategioita laatineiden toimijoiden käsityksiä todellisuudesta ja pyrkivät edistämään yhteiskunnallisia käytäntöjä (Suoninen 2016b, 233–235). Tässä tutkimuksessa aineisto tarkastelee palvelurakennemuutosta, joka on merkittävä historiallinen rakennemuutustilanne suomalaisessa yhteiskunnassa ja hyvinvointipolitiikassa. Kontekstin monikerroksisuus on sitä, että tutkimuksessa käytetty sana asiakas voi viitata pieneen osaan ympäröivää todellisuutta, mutta samanaikaisesti läsnä on myös suurempia ja eri tavoin limittyneitä konteksteja. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 18.) Diskursseja ja valtaa voidaan erotella kahteen erilaiseen näkökulmaan, jotka ovat vallan ja diskurssien välinen suhde sekä valta diskursseissa. Diskurssien sisäisten valtasuhteita tarkastellaan kolmena ulottuvuutena, joita ovat mitä diskurssissa sanotaan, millaisia ovat toimijoiden väliset suhteet ja millaisiin subjektipositioihin asemoidutaan. (Jokinen & Juhila 2016, 268.)

Diskurssianalyysin avulla voidaan vastata monenlaisiin kysymyksiin. Diskurssianalyysin ero muusta kielentutkimuksesta on siinä, miten se pyrkii vastaamaan tutkimuksen kysymyksiin. Diskurssianalyysissä tutkitaan rakenteita ja tarkoituksia, joita kielenkäytöllä pyritään luomaan. (Johnstone 2008, 3.) Kielenkäytöllä ja sanavalinnoilla on oletetusti aina jokin tavoite. Samoista asioista voidaan puhua hyvin eri tavoilla, jolloin samat asiat voivat myös saada useita merkityksiä. Kielenkäytön tutkiminen paljastaa, millaista kuvaa puhuja haluaa rakentaa tutkittavasta ilmiöstä, tai millaisena puhuja sen itse ymmärtää. (Jokinen, Juhila & Suoninen 2016b, 231–233.)

5.4. Analyysin kulku

Diskurssianalyysin edellyttää oman kuvauksen analyysin kulusta sekä kriittistä arviointia tutkimustekstissä (Vilkkä 2015, 177). Aloitin etsimällä aineistosta kohdat, joissa mainitaan sana ”asiakas”. Aineiston läpikäymisen perusteella analyysiyksiköksi muodostuvat sanat asiakas, asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys sekä niiden ympärille muodostuvat ajatuskokonaisuudet. Nämä käytännössä koostuivat yhdestä ja enimmillään useammasta virkkeestä. Asiakaskeskeyttä ja asiakaslähtöisyyttä käytetään useissa lainauksissa synonyymina sanalle asiakas.

Kuvauksia oli raporteissa runsaasti, joten kokosin analysoitavaksi aineistoksi otteita raporttien johtopäätöksistä ja yhteenvedoista. Niissä raporteissa, joissa oli oma lukunsa, joka käsitteli asiakkuutta, valitsen myös kyseisen luvun aineistoksi. Kirjasin otteet raporteittain niin, että vanhin raporteista oli ensimmäisenä ja uusin viimeisenä. Tämä mahdollisti aineistoon tutustumisen aikajärjestyksessä. (Ks. Liite 1.)

Aloitin aineiston tutustumisen lukemalla kaikki otteet useamman kerran läpi. Vaihdoin lukusuuntaan, joka lisäsi ja selvensi käsitystäni muutoksesta, joka asiakkuudessa on tapahtunut lähes kahdenkymmenen vuoden aikana aikavälillä 1998–2016. Ensimmäisissä raporteissa asiakas oli hoidon ja palvelun vastaanottaja, ja palvelujärjestelmän ensisijainen tehtävänä on turvata palvelut asiakkaalle. Tämä muuttui raporttien myötä niin, että asiakkaasta tuli itsenäinen ja aktiivinen kansalainen, jolla on hyvin pitkälle vastuu omasta palveluiden saannista. Kun lukusuuntaa muutti, niin muutos näkyi vielä selkeämmin.

Diskurssianalyysia voi lähestyä syvenevänä prosessina, joka käynnistyy tekstuaalisella, tekstin tasossa liikkuvalla analyysillä. Tutkijan suhde tekstiin on analyttinen ja analyysissa hyödynnetään empirististä, havainnoivaa otetta. Tutkija tarkastelee aineiston sisältöä, rakennetta, järjestystä sekä lingvistisiä tekijöitä. Teksti itsessään on fokuksessa: sanat, ilmaukset, lauseet, virkkeet, metaforat sekä selonteot kokonaisuutena. Analyysin konteksti on tilanteinen, paikallinen ja tekstuaalinen. Tulkinnallisuutta analyysiin lisäävät tutkijan tekemät johtopäätökset. Tutkimusote on kuitenkin neutraali ja siinä tehtävät johtopäätökset ovat objektivistisempia kuin myöhempien vaiheiden ratkaisut. Analyysin tuloksena syntyy tekstin perusrakenne, sen kantavien teemojen ja ominaisuuksien luokittelu, jonka perusteella voidaan kuvata sitä, mitä ilmiöstä sanotaan ja miten ilmiöstä puhutaan. (Suoninen 2016a, 53–54.)

Diskurssi voidaan tunnistaa ja sen tunnusmerkkejä kuvata. Jatkoin aineistoa lukemista useamman kerran uudelleen. Aineiston analyysi on hyvä aloittaa yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien etsimisellä. Merkityssysteemit ovat aineistossa haettavissa, mutta niiden tunnistaminen merkityssysteemin osiksi tarkentuu ja osittain jopa muuttuu analyysin edetessä. (Suoninen 2016a, 53–54) Useamman lukukerran jälkeen aineistossa nousi erilaisia asiakkuutta kuvaavia diskursseja. Asiakas sanan lisäksi otin potilaaseen liittyvät viittaukset sekä viittaukset, joissa ilmeni järjestelmän perustarkoitus

esimerkkinä tarve palveluille, palvelut toteutetaan potilaan takia jne. Erilaisuuksia ja yhteneväisyyksiä asiakkuudesta löytyi ensimmäisen analyysin jälkeen yhteensä kahdeksan erilaista määritelmää. Jatkoin edelleen diskurssien analysointia, ja nämä kahdeksan erilaista määritelmään tarkentui kahteen: passiivinen asiakas ja aktiivinen osallistuva asiakas. Sosiaalisen todellisuuden jäsennystavat korostuvat analysoitavassa aineistossa (Jokinen & Juhila 2016a, 76).

Seuraava taso analyysissa on tulkitseva, ja se pyrkii ymmärtämään tekstiä ja diskurssia laajemmin. Ymmärtäminen kohdistuu niihin merkityksiin, joita tekstillä ja sen edustamalla diskurssilla on konteksteissaan. Tässä analyysissa diskursseja tulkitaan suhteessa yhteiskunnan materiaaliin ja poliittisiin prosessihin. Yhteiskunnallisessa näkökulmasta analysoidaan, miten puhettavat osallistuvat instituutionaalisten järjestelmien, sosiaalisten käytäntöjen ja poliittis-taloudellisten valtasuhteiden ylläpitämiseen ja muuttamiseen. (Törrönen 2004, 139–140.)

Jatkoin analyysin tulkitsevaan ja ymmärtävään tasoon, tämän sain jo näkyviin analyysin alussa, kun luin raportteja kronologisesti. Tässä vaiheessa aloitin aineiston tulkinnan, jotta ymmärrys asiakkuuden muutoksesta diskurssien avulla tulisi näkyväksi. Palvelujärjestelmässä on tapahtunut muutoksia ja tulee tapahtumaan, mutta suuri vaikuttava asia asiakkuuden muutokseen on NPM ideologian tuoma ajatusmaailman muutos. Analyysissa edetään huomioiden yhteiskunnalliset muutokset ja niiden vaikutukset asiakkuuteen. Tavoitteena on ymmärtää niitä merkityksiä, joita tekstillä ja sen edustamalla diskurssilla on konteksteissaan: aineisto asetetaan yhteiskunnalliseen kontekstiinsa ja merkitykset peilautuvat sekä aineistoon että aineistosta kontekstiin. Analysoin lisäksi sitä, miten palvelurakennemuutokset asiakasdiskurssit näkyvät. Tässä vaiheessa analyysissa tuli tarvetta tehdä kriittisempää analyysia ja kysyä, ovatko uudistuksen tavoitteet ja diskurssit yhtenäisiä. Merkityssysteemin avulla voidaan tehdä ymmärrettäväksi monenlaisia teemoja ja aiheita. Tulkinnoissa tulee paneutua sellaisiin eroihin ja ristiriitoihin, jossa havainnoituu näkökulmien välistä jännitettä tai itse asiassa konstruoi sen (Suoninen 2016a, 53–54).

6. Asiakasdiskurssit

Seuraavaksi siirryn esittelemään tutkimusraporteista paikantamiani asiakasdiskursseja

6.1. Passiivinen ja häilyvä asiakas

Jos seuran ajankohtaista keskustelua sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaasta, ei voi välttyä tulkintoista, joissa toiminta on asiakaslähtöistä ja asiakas mielletään hyvin aktiiviseksi. Tätä vasten voi olla yllättävää, että raporteista on paikannettavissa myös passiivinen asiakas. Passiivinen asiakas on osa palvelujärjestelmään ilman varsinaista roolia ja toimijuutta. Passiivinen asiakas on toiminnan kohde ja objekti. (Lehtonen 1998)

Tämä asiakkaan objektivoituminen ja hämärän rajan osuus näkyy muun muassa asiakkuuden määrittelyssä, koska asiakas käsitteenä saattoi olla epämääräinen ja tulkinnanvarainen. Tätä selittänee se, että aikaisemmin terveydenhuollossa asiakas on ollut potilas, mutta asiakas käsitteenä on jalkautunut palvelujärjestelmään. Aineistoissa asiakasta määriteltiin vain muutamia kertoja. Terveydenhuollossa puhutaan perinteisesti potilaista ja potilas-käsitteen muuttaminen asiakkaaksi nähdään yhtenä tärkeänä etappina kohti asiakaslähtöisyyttä. Tähän tarvitaan asenteiden muutosta niin ammattilaisten kuin asiakkaiden keskuudessa. Asenteiden muutoksella on myös suuri vaikutus siihen, että asiakkaat pystyisivät ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Kielellä on merkitystä ajattelutavan muutoksessa. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 135137.) Seuraavassa otteita aineistosta, jossa tulee esille asiakas- ja potilas-käsitteen ero. Oteissa näkyy myös se, mikä merkitys käsitteellä on. Onko palvelun kohde asiakas vai potilas?

”...osa meidän potilaista, eli teidän kielellänne asiakkaista...”. (5/29)

Terveydenhuollossa puhutaan potilaista, ja potilaskäsitteen muuttaminen asiakkaaksi nähdään yhtenä tärkeänä etappina kohti asiakaslähtöisyyttä. Tähän tarvitaan asenteiden muutosta niin ammattilaisten kuin asiakkaiden keskuudessa. Asenteiden muutoksella on myös suuri vaikutus siihen, että asiakkaat pystyisivät ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan. (5/29)

Asiakkuutta määriteltiin myös lähikäsitteen, asiakaslähtöisyyden, avulla. Asiakaslähtöisyys on myös vaikeasti määriteltävissä ja yhteneväistä merkitys ei aina ole. Asiakaslähtöisyys saattoi näyttäytyä jonakin, jonka jokainen tulkitsee omasta näkökulmastaan. Asiakaslähtöinen palvelumalli esitettiin myös abstraktina ja vaikeasti tulkittavana. Asiakaslähtöiset palvelut ovat asiakkaille yksilöllisesti suunniteltuja palveluja tai toisena vaihtoehtona on, että palvelut ovat segmentoituneita asiakasryhmille. Kun palvelu on asiakaslähtöistä, on se hyvää ja laadukasta hoitoa. Asiakaslähtöisyyden merkitys laajemmissa kokonaisuuksissa kuten asiakasstrategioissa on vaikea hahmottaa ja nähdä strategioiden merkitys palveluissa, kuten seuraavassa otteessa asia ilmaistaan.

...yhteistä näkemystä asiakaslähtöisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole kuitenkaan saatu muodostettua..... asiakaslähtöisyys ymmärrettiin hyvin eri tavoin. Jos yhteistä ja jaettua näkemystä asiakaslähtöisyydestä ei ole.... että asiakaslähtöisyys rinnastettiin potilaiden hyvään hoitoon,... (5/29)

Raporteissa asiakaslähtöisyys saatettiin nähdä myös ristiriitaisena ilmiönä. Toisaalta asiakaslähtöinen palvelu saattaa tuottaa hyödyn sekä asiakkaalle että ammattilaiselle, mutta myös päinvastaista näkemystä tuodaan esille. Ammattilaisten saatettiin nähdä suhtautuvan asiakaslähtöisyyteen epäilevästi tai jopa kielteistä. Ammattilaiset, jotka kokivat asiakaslähtöisyyden vaikeana tai kielteisenä asiana korostivat professionaalisia seikkoja. Tämä taustalla voi olla se, että asiakaslähtöisyys saattaa muuttaa valtasuhteita ammattiryhmien välillä sekä asiakkaan tai ammattilaisen välillä.

Ammattilaisten näkökulmasta asenteiden muutokseen ei olla valmiita kovin nopealla aikataululla. Palveluun vaikuttavat paljon ammattilaisten asenteet, jotka näkyvät perusteluissa asiakaslähtöisen palvelun käyttöönotossa. Perusteina käytetään kiirettä sekä resurssien vähäisyyttä. Asiakkaan mukaan ottaminen vahvemmin palvelutapahtumaan tai palvelun kehittämiseen koetaan ammattilaisesta uhkaavana ja työläänä. Asiakas on alisteinen järjestelmälle ja sen nimissä toimivalla henkilökunnalle. Asiantuntijayhteisön toimintaan vaikuttavat erityisesti organisatoriset sekä yhteiskunnalliset reunaehdot, joita ovat ammattiryhmien väliset työnjaot ja koulutus pohja. Nämä asiantuntijaorganisaatioiden ylläpitämät vaatimukset asiantuntemuksesta, osaamisesta ja ammattitaidosta näyttäytyvät retorisenä julkisivuna, joka esitetään ulkomailmaan. Asiantuntijaorganisaatioissa erilaisten osaamis- ja tietämiskompetenssien kautta tehdään jatkuvaa kategorisointia ja luokittelua niin, että niiden merkitys on olennainen sosiaalisten suhteiden ja statusjärjestelmän kautta. Lisäksi ne ovat tulkittavissa todelliseksi vallankäytön lähteeksi niin

professionaalisessa kuin yhteisöllisessäkin merkityksessä. (Eriksson-Piela 2003, 182–184.) Seuraavassa otteita raporteissa, joissa asiakkaan ja ammattilaisen välistä suhdetta on kuvattu.

... asiakaslähtöisten palvelumallien käyttöönotto win–win-tilanteeksi niin ammattilaisille kuin asiakkaille. Asiakkaiden nähtiin hyötyvän eniten asiakaslähtöisistä palvelumalleista, vain osa koki ammattilaisten hyötyvän niistä. (5/29)

...ohjasi ammattilaisen keskiössä oleminen. Vain harvat kykenivät ajattelemaan asiakkaan keskiöön. (5/27)

Vaikka asiakaslähtöisiä palvelumalleja ei lähtökohtaisesti vastustettu, nähtiin, että mahdollisesti tarvittavien työprosessin muutoksien vuoksi niiden käyttöönotto on vaikeaa. Tällaisen muutoksen arvioitiin vievän jopa vuosikymmeniä. (5/29)

Kiteytetysti voidaan sanoa, että asiakaslähtöisyyden suurimmat haasteet ja esteet nousevat ammattilaisten arjen kiireestä. Työn kehittäminen asiakaslähtöisempään suuntaan koetaan resurssien vähäisyyden takia hankalana. Myös käsitykset ja asenteet siitä, että asiakaslähtöisyys voi tuoda muutoksia ammattiryhmien ja ammattilaisten ja potilaiden välille, lisää haasteita. Myös asiakkaiden ottaminen mukaan toiminnan kehittämiseen näyttäytyy tällä hetkellä hankalan (5/24)

Asiakas on palvelun kohde ja palvelun sisällöstä vastaa ammattilainen, organisaatio tai hallinnollinen päätöksenteko. Annettava palvelu perustellaan asiakkaan tarpeilla, mutta mitenkään ei tule esille, että asiakkaan tarpeita selvitetään etukäteen. Palvelu- ja hoitoketju näkökulma esiintyy palveluiden suunnittelussa ja erityisesti organisaatioiden välissä rajapinnoissa. Palveluista pyritään saamaan laadukkaita, joustavia ja asiakasta palvelevia kokonaisuuksia. Palvelut tuotetaan asiakkaalle järjestelmän tai hallinnollisen päätöksenteon kautta, mutta organisaatio varmistaa palveluiden tuottamisen. Vanhemmissa raporteissa viitattiin kunnan luottamushenkilöiden mahdollisuuksiin vaikuttaa kuntalaisten palveluiden järjestämisessä. Voidaan todeta, että aineistossa asiakas on kohde, joka käyttää asiantuntijoiden ja organisaatioiden tarjoamia palveluja, mutta asiakasta ei kuunnella palveluiden sisällöstä. Palveluiden tuottaminen on raporteissa kirjattu passiivissa, joten vastuu jää epämääräiseksi. Selkeästi organisaatiossa on tarvetta kehittää hoito- ja palvelupolkuja asiakaslähtöisesti ja asiakkaiden kokoistarpeita huomioiden, joten rakenteellista uudistamistarvetta on.

Asiakkaan/potilaan palveluista tulee muodostua saumaton, vaikuttava ja taloudellinen kokonaisuus, jossa tarpeen mukaan ylitetään kunta-, organisaatio-, professio- ja julkinen-yksityinen/3.sektori – rajoja (3/62)

Asiakaslähtöisessä palvelumallissa pyritään tunnistamaan erilaisia asiakastarpeita ja vastaamaan niihin entistä paremmin.(5/29)

Koska palvelujen järjestäminen on organisaation ja palvelujärjestelmän tehtävä. Näiden tahojen tulee myös varmistua, että tieto palveluista on asiakkaiden käytössä ja helposti saatavissa. Kunnat ovat kehittäneet erilaisia tiedottamisen keinoja asiakkaan yksilölliset tiedottamisesta laajempaan tiedottamiseen, mutta niitä ei ole tarkennettu kuten otteista on nähtävissä.

Jos palveluja järjestetään, palvelujen sisällöstä ja järjestämisestä on tiedotettava ja huolehdittava siitä, että asiakkailla on mahdollisuus saada riittävät tiedot omanuovojapalvelujen käyttöönnotosta(2/54)

Kunnat ovat ottaneet käyttöön uusia kuntalais- tai asiakasohjauksen ja -vaikuttamisen muotoja. (4/105)

6.2.Aktiivinen ja osallistuva asiakas

Raporteissa aktiivinen asiakas esitetään käyttäjänä ja asiantuntijana, joka aktiivisesti osallistuu omaan tavoitteelliseen hoitoonsa. Lähtökohtaisesti asiakas on osa palvelua ja hän toimii siinä aktiivisesti mukana. Aktiivinen asiakas näkyy kohtaamisissa, joissa asiakkaan mielipiteet ja hänen oman elämänsä asiantuntijuus korostuvat. Palvelun sisällöstä itsemääräämisoikeus on asiakkaalla ja se näkyy palvelun tavoitteiden ja päämäärien asettamisessa. Muutosta asiakkaan tilanteeseen lähdetään toteuttamaan yhdessä asiakkaan kanssa eikä niin, että muutos on ammattilaisen asettama tavoitetilä. Asiakkaan asettamassa tavoitetilassa oleellista on hänen olemassa olevien verkostojen ja toimintafoorumien huomioiminen. Aktiivisen asiakkaan ero passiiviseen raporteissa tuli selkeästi esiin siinä, että aktiivinen asiakas on osa palvelua, ja palvelu. Samalla toteutetaan asiakaslähtöisesti, Tämä tulee näkyviin seuraavissa otteissa raporteista.

Asiakkaan oma rooli palvelujen määrittäjänä ja oman elämänsä parhaana asiantuntija korostuu... Asiakkaan tilan ja tilanteen tunnistaminen ja oikea arviointi. (1/8)

Asiakaslähtöiset palvelumallit nähtiin myös palvelujen koordinoituna, asiakkaan aitona kuunteluna ja tarpeiden huomioon ottamisena sekä potilaan roolina palautteen antajana (5/21)

Asiakas määrittää raporteissa palvelun käyttäjäksi, ja palvelu pitää sisällään tavoitteet, joista tärkeimpänä asiakkaan toiminnallisuuden tukeminen eri tilanteissa. Asiakas nähdään laajempaan kuin yksilönä, sillä asiakkaaseen liittyy usein lähiverkostot, joilla on suuri merkitys palveluiden sisältöihin. Palveluissa on käytössä erilaisia mahdollisuuksia varmistaa niiden toimivuus, kuten raporteissa esitetyt esimerkit asiakkaiden hoitosuunnitelmista. Ne toimivat erityisen hyvin palveluiden rajapintojen välillä, koska hoitosuunnitelmat varmistavat tiedon välittämisen, toiminnan sekä tavoitteiden yhtenäistämisen. Jatkossa erilaiset teknologiset ja digitaaliset palvelut lisäävät asiakkaan mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun ja etenemiseen. Tantun (2007, 195) mukaan palveluketju on toimintatapa, jossa asiantuntijoiden välisellä yhteistyöllä sekä asiantuntijan ja asiakkaan vuorovaikutuksella on keskeinen rooli. Palveluketju voidaan toteuttaa sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti palveluiden porrastusmallissa. Seuraavissa otteita raporteista, joissa tulevat esille edellä kuvattuja asiakaspalvelun sisällöllisiä asioita.

Palvelun tarkoitus on aina asiakkaan tukeminen ja samanaikaisesti asiakkaan omatoimisuuden tukeminen. Asiakkaita tuetaan ja kannustetaan tietoisesti omatoimisuuteen, omien voimavarojensa käyttämiseen ja vastuun ottamiseen oman/perheensä elämään liittyvissä asioissa (1/29)

Asiakastyön suunnitelmallisuutta lisätään tehostamalla hoito-, huolto- ja palvelusuunnitelmien käyttöä (1/29)

Uuden teknologian käyttöönoton nähtiin muuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotantoprosesseja, asiakkaan ja palveluja antavan henkilön suhdetta ja lisäävän asiakkaiden omatoimisuutta ja osallistumista. Nähtiin että kansalaisen mahdollisuudet valita hänelle sopivat palvelut sekä osallistua aktiivisena osapuolena palvelujen järjestämiseen paranevat kun palvelut organisoidaan saumattomiksi palveluketjuiksi. (2/9)

Saako asiakas tarvittavat tiedot palveluista ja osaako hän käyttää näitä tietoja? Palvelujärjestelmä on hyvin hajanainen ja vaikea selkoinen, siksi asiakkalla tulee olla osaamista selviytyä hajanaisesta järjestelmästä. Raporteissa esitettiin, että kansalaisten tieto ei ole riittävää toimiakseen palvelujärjestelmässä. Tiedon varmistamiseen oli aineistossa yhtenä ratkaisuehdotuksena palveluohjaus. Asiakkaan on mahdollista antaa palautetta palvelujärjestelmän toimivuudesta sekä saamastaan palvelusta. Tämä asiakkaan antama palaute nähdään asiantuntijan lausuntona, jolla on vaikutusta palveluiden laatuun ja sisältöihin. Jotta asiakas osaa antaa palautetta, tulee hänen olla tietoinen palvelutarjonnasta ja palveluiden sisällöstä. Asiakkaan merkitys palveluiden kehittämisessä kasvaa. Aktiivisen asiakkaan osallisuutta palvelujärjestelmää on kuvattu seuraavissa otteissa.

Kysymykset palveluohjauksesta ja asiakkaan itseohjautuvuudesta ovat ajankohtaisia vastuu- ja toiminta-alueiden kasvaessa..(3/95)

...kuntalaisten tieto sosiaali- ja terveyspalveluista on sattumanvaraista .. kuntalaiset eivät tiedä niistä riittävästi. (1/6)

Palautekulttuuria kehitetään siten, että luottamushenkilöt ja päätöksentekojärjestelmä käyttävät asiakkaiden ja työntekijöiden asiantuntemusta tehdessään päätöksiä palveluista, niiden järjestämisestä ja niihin käytettävistä resursseista. (1/29)

Yhä enemmän asiakkaan rooli palveluiden kehittämisessä näkyy. Asiakkaalla on kokemusta palveluista ja tieto siitä, miten palvelu toimii, kun on tarve saada palvelua. kuten asiakkaiden kokemuksiin perustuvaa tietoa palvelujen kehittämiseen. (7/29)

velvoitteita ottaa asukkaiden näkemykset huomioon maakunnan toiminnan suunnittelussa, päätöksenteossa ja seurannassa. (7/28)

6.3.Miten asiakkuus on muuttunut?

Passiivisen asiakkaan muutos yhä aktiivisemmaksi ja itsestään vastaavaksi on jo pitkään ollut tavoite. Passiivinen asiakas muuttuu omasta tilanteesta ja omasta hoidosta vastaavaksi, koska asiakkaalle annetaan valtaa. Samalla ammattilaisen asema heikkenee, koska lähtökohtaisesti asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamiseen liittyy valtaa ja valtasuhteita. Raporteissa ei ole tarkennettu, mitä tämä

valta on, jota ammattilainen käyttää ja mistä hän luopuu. Asiakas ei ole passiivinen palveluiden vastaanottaja, vaan toimii omaehtoisesti. Asiakkuus on ihmisen ja alan asiantuntijoiden välillä tapahtuva vuorovaikutusprosessi, jossa yhdistetään resursseja ja osaamista. Tärkeää on asiakkaan osallistaminen, jotta hän pystyy ottamaan vastuun ja välittämään omista tuntemuksistaan eteenpäin (Koivuniemi & Simonen 2011, 17–18).

Ammattilaisen asenteella on merkitystä asiakkaaseen, koska potilaan muuttuminen asiakkaaksi, lisää asiakkaan aktiivisuutta. Asiakkaalla on palvelujärjestelmässä instituutionaalinen rooli, joka selventää ammattilaisen ja asiakkaan välistä valta-asetelmaa. Ammattilainen on asiantuntija, ja asiakas on avun saaja. Seuraavaksi otteita raporteista, joissa on kuvattu asiakkaan ja ammattilaisen välisen vuorovaikutussuhteen muutosta.

Tärkein muutos ammattilaisten asenteissa tulisi olla potilaiden näkeminen enemmän asiakkaina.(5/29)

Asenteiden muutoksella on myös suuri vaikutus siihen, että asiakkaat pystyisivät ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan.(5/29)

...yhteistä näkemystä asiakaslähtöisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole kuitenkaan saatu muodostettua..... asiakaslähtöisyys ymmärrettiin hyvin eri tavoin. Jos yhteistä ja jaettua näkemystä asiakaslähtöisyydestä ei ole, on muutoksen toteutus hankalaa. (5/29)

Terveydenhuollossa on professioiden välistä roolien epäselvyyttä, joka näkyy eniten lääkäreiden ja hoitajien välisenä työnjakona. Moniammatillisesta yhteistyöstä puhutaan paljon, mutta se ei ole kaikilta osin vielä toteutunut. Lääkäreillä ja hoitajilla on erilaiset roolit lakisääteisesti, mutta yhteistyöllä asiakkaiden palvelujen toteuttaminen on toimivampaa. Isoherranen (2012, 157) tuo esille, että halu asiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön on, mutta ammattilaisilla on vain erilaisia näkemyksiä ja tulkintoja yhteistyön tekemisestä.

Ammattilaisten nähtiin vastustavan asiakaslähtöisiä palvelumalleja myös, jos ne tuovat muutoksia ammattiryhmien työnjakoon ja toimintaan. ...asiantuntijoiden mukaan resurssien puutteiden lisäksi ammattilaisten pelot ja asenteet. (5/24)

Alistainen järjestelmälle ja sen nimissä toimivalla henkilökunnalle (1/4)

Raporteissa esitettiin, että asiakkaille tärkeä on palveluiden saatavuus. Kun saatavuutta katsotaan asiakkaan näkökulmasta, niin esimerkiksi soittoajan muutos voidaan kokea palvelun saatavuuden vähenemisenä. Yleensä palvelun toteuttamisessa ei kuntalaisilta ja asiakkailta kysytä mielipidettä tai suunnitteluapua, vaan palvelu tuotetaan asiantuntija lähtöisesti. Kun palveluita kehitetään, tavoitteena on tuottaa asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut. Jos päätöksenteko menee kauas asiakkaasta, on tavoitteiden asettaminen hyvin idealistista. Tällöin tavoitteiden toimeenpano jää paikallisten palvelu- ja hoitoketjun toteutettavaksi. Yksilöllisiä keinoja asiakkaiden aktivointiin ja osallistumiseen omaan hoitoonsa on kehitetty, näitä ovat esimerkiksi raporttien mukaan digitaaliset palvelut.

Asiakkaan osallistaminen palveluprosessien suunnitteluun ja kehittämiseen asetetaan tavoitteeksi valtakunnan tasolla, mutta tämän tavoitteen toteuttaminen jää epäselviksi raporteissa. Erilaisia neuvostoja esitetään raporteissa kuten vanhusneuvosto mahdollisena kehittämiseen osallistuvana tahona, mutta tällaisen neuvoston vaikutusmahdollisuuksia ei ole kuvattu aineistossa. Ammattilaisen tai päätöksentekijän näkökulmasta raportit esittävät, että palveluiden kehittämisessä kuntalaisten osallistumista ja oman näkökulmansa esille tuomista kannustetaan. Ennen rakenneuudistuksen aloittamista tuotiin osallistavaa näkökulmaa esille, mutta silloin taso oli ammattilaisen ja asiantuntijan välillä. Kyse oli asiakkaan oman hoidon tai vertaistuen kautta toiminnan kehittäminen. Olen seuraavaksi koonnut otteita, joista ensimmäisissä korostetaan asiakkaan ja ammattilaisen välistä aktiivista vuorovaikutusta. Loput otteet kuvaavat asiakkaan vaikuttamismahdollisuuksista kunnan päätöksenteossa.

työntekijöiden tulisi aktiivisemmin kannustaa ja ottaa asiakkaitaan palveluijen suunnitteluun ja niiden järjestämistä koskevaan päätöksentekoon. (1/7)

Lakiluonnos sisältää mahdollisuuksia yksilön tarpeista lähtevien integroitujen palvelukokonaisuuksien kehittämiseen ja tarjoamiseen, vaikka monituottajamallissa tähän liittyykin ilmeisiä haasteita. (7/27)

Näin voidaan vastata eri ryhmien ja erilaisessa asemassa olevien yksilöiden toisistaan poikkeaviin tarpeisiin ja toiveisiin. Esimerkiksi käyttäjälähtöisten digitaalisten palvelujen tarjoaminen niille, joilla on valmiudet ja halu niitä käyttää, voi vapauttaa resursseja enemmän tukea tarvitsevien palveluihin. (7/26)

Hoidon ja palvelujen suunnittelukäytännöt olivat sattumanvaraisia. Vaikutusmahdollisuudet kunnan palveluiden järjestämiseen koettiin vähäiseksi tai olemattomaksi (1/7)

.Tulevaisuudessa päätöksenteko palveluista menee yhä kauemmaksi paikallisuudesta maakuntien myötä. Aiemmin päätöksenteko oli paikallisesti kunnissa, jolloin kuntapäätien mahdollisuudet vaikuttaa palveluihin, olivat merkittävät, jopa yksilölliset. Päätöksenteon siirtyessä maakunnille pidetään selvyytenä integroituja palveluja, joista hyödyn parhaiten saavat monikäyttäjät.... tarvitaan alue- ja paikallistason kehittämistyötä,käytännön asiakas- ja potilastyön välillä sekä tiivistä yhteistyötä valtakunnan tason kehittämistyön kanssa. (7/23)

Palvelulupaus -käsite on uusimmassa raportissa (Pekurinen ym. 2016) mainittu, koska jatkossa maakunnat tulevat tekemään palvelulupauksen siitä, miten palvelut tuotetaan maakunnan asukkaille. Palvelulupauksen laatimisessa huomioidaan alueen asiakkaiden tarpeet. Lisäksi asiakkailta on mahdollisuus vaikuttaa palveluiden sisältöön ja saatavuuteen. Maakunta kuvataan organisaationa niin isona, että sillä on kokonsa puolesta mahdollisuus toteuttaa yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut. Asiakkaiden saamat palvelut ovat monipuolisempia ja laadukkaampia. Tämä taataan maakunnan järjestämisosaamisella, joka on riittävä sen perusteella, että järjestäminen siirtyy suuremmalla järjestäjätaholle. Seuraavaksi olen valinnut otteen viimeisestä raportista, joissa palvelulupaus on kirjattu maakunnan tehtäväksi. Palvelulupauksen sisältö ja merkitys eivät tule esille vaan todetaan sen jäävän vielä epäselväksi.

Lakiluonnoksen mukaan maakunta asettaa palvelulupauksessa tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan siten, että niissä otetaan huomioon sekä maakunnan asukkaiden tarpeet ja paikalliset olosuhteet että laissa säädetty palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. Epäselväksi jää, mille yksityiskohtaisuuden tasolle maakunnan palvelulupauksen sisällön on tarkoitus asettua ja mikä sen merkitys tulee olemaan. (7/21)

Yhdenvertaisuus ilmaistaan raporteissa ristiriitaisesti. Asiakkaan ja ammattilaisen välillä yhdenvertaisuus on asiakkaan ja ammattilaisen tasavertaisuutta, ja asiakkaan itsemääräämisen kunnioittamista. Kunta- ja rakenneuudistuksessa yhdenvertaisuus on tavoitetila, jonka tarkoitus on varmistaa kaikille kuntaisille yhdenvertaiset palvelut. Sote-uudistuksessa yhdenvertaisuus on asiakkaan osallistumista palveluiden kehittämiseen. Olen koonnut yhdenvertaisuuden kuvauksia raporteista, joissa näkyy yhdenvertaisuuden tulkintaerot.

Pitää asiakasta itsensä kanssa tasavertaisena ihmisenä (1/15)

...vahvistaa palveluita niin, että eri kuntien asukkaat saavat yhä yhdenvertaisempia palveluita.(3/65)

Yhdenvertaisuus voidaan tulkita myös niin, että kansalaiset otetaan mukaan palvelujen kehittämiseen kumppaneina. .(6/46)

6.4. Sote – keskustelujen näkyminen

Palvelurakenneuudistuksen tavoitteena on palveluiden uudelleen järjestäytyminen, jolloin raja-aidat häviävät palveluiden väliltä ja asiakkaiden palvelut ovat sujuvampia. Keino, jolla joustavampiin ja sujuvampiin palveluiden päästään, on väestöpohjan huomattava kasvattaminen maakuntahallinnon kautta. Palveluita keskitetään suurempiin kokonaisuuksiin ja tällä koetaan myös saavuttavan pienemmät asiakasryhmät. (Pekurinen ym. 2016)

Hallinnollisesti palveluiden järjestäjänä toimii maakunta, ja palvelut tuottavat maakunnassa toimivat palveluiden tarjoajat, joista osa on julkisia ja osa yksityisiä. Tässä suuressa rakenteellisessa muutoksessa on tavoitteena saada merkittävät hyvinvointipalveluiden kustannussäästöt. Säästöjä perustellaan laajalla asiakaskeisellä integraatiolla. Säästön kertymistä tai laskelmia ei ole säästöistä avattu. Taloudelliset perusteet ja kannusteet ovat useassa kohtaan esitetty rakenneuudistuksen perusteeksi, sillä taloudellinen kannuste lisää väestön hyvinvointia ja ihmisten aktiivisuutta huolehtia omasta hyvinvoinnistaan raportin perusteella Järjestämislaki on kesken, joten raporteissa ei ole vielä selkeästi määritelty maakunnan sekä palveluiden tuottajien rooleja. Tämä näkyy seuraavissa otteissa.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa yksi keskeinen tavoite on ollut mahdollistaa asiakkaan palvelut kokonaisuuksina, ilman sektoreiden välistä rajaa.(3/45)

eskittämisen hyötyinä nähdään myös mahdollisuus koota pienten asiakasryhmien tarpeet ja sitä vastaava osaaminen yhteen. (3/50)

Lisäksi alueen asukkaiden demokratiaoikeuksien kannalta merkitystä tulee olemaan maakunnan hallintorakenteella ja sillä, missä määrin päätäntävaltaa kuuluu järjestäjälle ja missä määrin maakunnan palvelulaitokselle(7/28)

Hallituksen linjauksen mukaan laaja asiakaskeskeinen integraatio on keskeinen keino saavuttaa kustannussäästöjä ja kaventaa väestön terveyseroja. Asiakkaiden tarpeisiin hyvin vastaavat palveluketjut voivat alentaa kokonaishoidon kustannuksia. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että kaikki palvelut voidaan rahoittaa samasta budjetista, jolloin palvelujen järjestäjälle ei synny kannustinta kustannusten siirtoon (7/39)

Kuntien valtionosuuteen sisältyvä taloudellinen kannuste edistää asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä on suuruusluokaltaan merkittävä(7/10)

Hoito- ja palveluketjujen avulla asiakkaiden hoidon integrointia varmistetaan. Nämä palveluketjut ovat monialaisten toimijoiden yhteistyötä ja siksi asiakkaan hoitoon liittyy palveluketjun monta vaihetta. Kolmatta sektoria edustavat toimivat ovat osana palveluketjuja, joten tämäkin vaatii yhteistyötä.

Palveluketjut ovat palveluiden integroinnin keino, mutta ongelmaksi on muodostunut vastuukysymys: kuka palveluketjun omistaa ja kenen vastuulla on palveluketjun kehittäminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa (2011) edellytettiin sairaanhoitopiireihin perustettavan perusterveydenhuollon yksiköt, jotka ovat olleet vastuullisia palveluketjujen ylläpitäjiä. Sote-uudistuksessa on samat haasteet kuin tällä hetkellä, koska palvelut ovat tulevaisuudessakin eri järjestäjien ja tuottajien vastuulla. Epäselväksi jää minkä tahon vastuulla on, että palveluketjut luodaan ja ylläpidetään tulevaisuudessa, koska niiden tarve on selkeä. Yhteistyön tekemisessä näkemys ero on suuri: katsotaanko asiaa paikallisten toimijoiden kautta vai valtakunnan tasolta, koska valtakunnan taholta palveluketjuja arvioidaan ensisijaisesti resurssien kannalta eikä asiakaslähtöisesti. Olen valinnut otteita, joissa näkyy palveluketjun hyöty ja tarve palvelujärjestelmässä, mutta haasteena on tulevaisuudessakin tiedon siirtyminen palveluketjussa.

Palveluketjusuunnitelmien käyttö on tehostanut palvelujen koordinoitua ... Alueilla, missä on kokemusta palveluketjujen käytöstä, on koettu niiden auttavan koordinoimaan palveluja. Palveluketjujen vahvuudeksi nähtiin palvelukokonaisuuden näkeminen, joka yhtenäistää toimintatapoja. Haasteeksi nähtiin se, että palveluketjut ovat usein erikoissairaanhoitopainotteisia, monialaiset ketjut vaativat laajaa asiantuntemusta ja ovat haasteellisia pitää yllä.(2/97)

Integraation varmistaminen edellyttää tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Esimerkiksi iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden kotona asumisen edistäminen edellyttää samanaikaisesti paitsi sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelujen kehittämistä, myös asumisen ja asuinympäristön sekä liikenne- ja kuljetuspalvelujen kehittämistä. (7/27)

Alueelliset toimijat näkivät ammattilaisille tulevat hyödyt lähinnä siten, että vastuut tulevat selvemmin rajatuiksi ja jaetuiksi. Valtakunnalliset toimijat taas näkivät useammin sen, että asiakaslähtöisten palvelumallien kautta voisi vapautua enemmän resursseja ja voimavarat voidaan siten kohdistaa entistä paremmin. (5/22)

Asiakaskeskeisen integraation toteutuminen riippuu lain toimeenpanosta, järjestäjän ohjauskeinoista, jotka eivät vielä täysin hahmotu lakiluonnoksesta, sekä palvelutuotannon toteutustavasta. Lisäksi asiakaskeskeinen integraatio edellyttäisi mahdollisimman täydellistä tiedon integraatiota, joka ei näytä toteutuvan (7/9)

Näihin yhteistyö- ja järjestämisvastuu tehtävissä yhä suurempi rooli on myös asiakkaalla. Tämä rooli jakautuu suunnitelmissa monella tasolla, ensimmäisenä on kokemukseen perustuvan tiedon hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä. Kokemusasiantuntijuus palvelujärjestelmässä käsittää kokemusasiantuntijoiden kokemukset palveluiden käytöstä. Kokemusasiantuntijat antavat kokemustensa pohjalta oman näkemyksensä palveluiden ja järjestelmän kehittämiseksi. Lisäksi he antavat palautetta ammattilaisten tekemistä ratkaisuista sekä toimivat asiantuntijoina ammattilaisten rinnalla esimerkiksi strategisia linjauksia tekevissä työryhmissä. (Ahola & Ylitalo 2013, 152.)

Seuraavalla tasolla asiakas osallistuu toiminnan kehittämiseen yhteistyössä hyvinvointipalvelujen toimijoiden kanssa. Maakuntalaki- ja järjestämislakiluonnokset sisältävät säännöksiä maakunnan asukkaiden monipuolisista osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista. Keskeisimpänä näistä voidaan pitää maakuntavaaleja, joilla äänioikeutetut asukkaat valitsevat edustajat ylimpään päättävään elimeen, maakuntavaltuustoon. (Pekurinen ym. 2016.)

Asukkaille, yhteisöille ja säätiöille turvataan aloiteoikeus. Lisäksi maakuntalakiin ehdotetaan säännöksiä kansanäänestyksestä. Maakuntahallituksen on asetettava alueellinen nuorisovaltuusto, vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto, joiden jäsenet tulee valita maakunnan kunnissa toimivien vastaavien vaikuttamistoimielimien jäsenistä. Maakuntien on myös järjestettävä keskustelu- ja kuulemistilaisuuksia, valittava palvelujen käyttäjien edustajia maakunnan toimielimiin ja suunniteltava ja kehitettävä palveluja yhdessä niiden käyttäjien kanssa. Lainsäädäntö sisältää velvoitteita ottaa asukkaiden näkemykset huomioon maakunnan toiminnan suunnittelussa,

päätöksenteossa ja seurannassa. Erikseen säädetään muun muassa siitä, että asukkaiden näkemykset on otettava huomioon, kun maakunnan palvelulupausta valmistellaan.

kuten asiakkaiden kokemuksiin perustuvaa tietoa palvelujen kehittämiseen. (7/29)

Etenkin valtakunnallisen tason toimijat myös näkivät, että asiakkaiden osallistumisen kautta pitäisi pystyä kehittämään myös toimintaa..(5/19)

alueellista hyvinvointia tulisi kehittää asukkaiden, asiakkaiden, henkilöstön ja alueen muiden toimijoiden yhteistyönä. (6/61)

Keskeiseksi muodostuu myös se, miten maakuntien asukkaat ja esimerkiksi eri väestöryhmiä edustavat järjestöt ja muut toimijat saadaan osallistumaan ja käyttämään oikeuksiaan ja mahdollisuuksiaan uudessa hallintorakenteessa. Uusi toimintaympäristö edellyttää järjestöiltä ja muilta asiakkaiden, potilaiden ja asukkaiden etuja edustavilta toimijoilta uudenlaisten toimintatapojen kehittämistä./7/29)

Sote-uudistuksen lainvalmistelussa maakuntauudistuksen lisäksi on merkittävänä rakenteellisena muutoksena valinnanvapaus. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaalla on mahdollisuus valita palvelu, siten kuin siitä erikseen laissa säädetään. Valinnanvapauden tavoitteena on lisätä asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Asiakkaan on mahdollista valita palvelunsa joko julkisen palveluntuottajan tai yksityisen palveluntuottajan väliltä eli kyse on monituottajamallista. Aineiston ensimmäisessä raportissa, joka on tehty ennen rakenteellisia uudistuksia, koettiin valinnanvapauden olevan sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjille heikkoa. Terveystieteiden laki (1326/2011) lisäsi mahdollisuuksia valita palvelu julkisella palveluntuottajan keskuudessa vuodesta 2014 alkaen. Nyt uudessa muutoksessa on yksityisten palveluiden tuottajien osallistuminen kokonaisuuteen uusi asia. Valinnanvapautta koskeva lain säädäntö on vielä kesken, joten raporteista kokoamani otteet esittävät valinnanvapauden tavoitetta.

Hallituksen linjausten mukainen valinnanvapauden edistäminen ja tuottajakunnan monipuolistaminen sisältää mahdollisuuksia vahvistaa asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeutta sekä parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua(7/28)

...millä tasolla (asiakasryhmät, yksilö) palvelukokonaisuuksien toteutumista seurataan ja miten varmistetaan asiakaslähtöisesti integroidut palvelut sekä toimivat palvelu- ja hoitoketjut esimerkiksi valinnanvapauden laajentuessa ja monituottajamallissa. (7/38)

Palvelurakennemuutoksen tavoitteena ovat yhdenvertaiset palvelut kansalaisille. Yhdenvertaisuus käsitteenä on aineiston perusteella vaikeasti määriteltävissä. Yhdenvertaisuus määritellään siten, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisia riippumatta heidän sukupuolestaan, iästään, etnisestä tai kansallisesta alkuperästään, kansalaisuudestaan, kielestään, uskonnostaan ja vakaumuksestaan, mielipiteestään, vammastaan, terveydentilastaan, seksuaalisesta suuntautumisestaan tai muusta henkilöön liittyvästä syystä. Yhdenvertaisuudesta ja syrjimättömyydestä säädetään Suomen perustuslaissa, yhdenvertaisuuslaissa ja rikoslaissa sekä eri elämänalueita koskevassa lainsäädännössä. Sukupuolten tasa-arvosta sekä sukupuolen moninaisuudesta säädetään tasa-arvolaissa. (Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014) Yhdenvertaisuuden konkretisoituminen aineistossa on asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisena tasavertaisen kohtaamisen kautta ja itsemääräämisen kunnioittamisena. Rakennemuutoksessa itsemäärääminen määritellään osallisuuden kautta. Asiakas on aktiivinen ja osallistuu toiminnan kehittämiseen yhdenvertaisesti ammattilaisten kanssa.

Yhdenvertaisuus näyttäisikin olevan varsin hankalasti määriteltävä ja linjattava periaate, kun sen rinnalla nähdään kunnallinen itsehallinto. (3/66)

Yhdenvertaisuus voidaan tulkita myös niin, että kansalaiset otetaan mukaan palvelujen kehittämiseen kumppaneina. (6/ 46)

Pitää asiakasta itsensä kanssa tasavertaisena ihmisenä. Tunnistaa ja kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja –valtaa (1/15)

Ensimmäisessä raportissa asiakkaidentarpeiden ja kohtaamisen yksilöllisyys oli tärkeä laadullinen tekijä asiakkaiden palvelussa. Kunta näkökulmasta yhdenvertaisia palveluita on pyritty tarjoamaan kuntalaisille, mutta ongelmana ovat osittain olleet kuntien väliset erot. Nyt rakennemuutoksessa nähdään mahdollisuus varmistaa yhdenvertaiset palvelut myös maakuntien välillä. Sote-uudistuksen mukaan yhdenvertaisten palvelujen toteuttaminen saavutetaan palveluja harmonisoimalla, joka tarkoittaa palveluiden samankaltaistamista. Keskittämisen kautta palveluyksiköt ovat suurempia ja

tällä saavutetaan tasoa-arvo kansalaisten välillä. Järjestämislaissa tämä yhdenvertaisuus on tavoite, mutta valmistelussa yhdenvertaisuuden toteutumien jää suurten toimijoiden vastuulle

Harmonisointi vahvistaa asiakkaiden saamien palvelujen tasa-arvoa ja tekee palveluista alueilla yhtenäisempiä riippumatta kunnasta, jossa asuu. Yleisesti ottaen harmonisointitarve on hieman yllättänyt, sillä moni kunta oli jo aikaisemmin tehnyt yhteistyötä, ja palveluiden luultiin olevan samankaltaisempia. Myös terveydenhuollon prosesseissa on ollut paljonkin eroa, mikä on yllättänyt esimerkiksi rinnakkaisissa terveyskeskuksissa aiemmin työskennelleet työntekijät. (3/74)

Onkin selvää, että alueilla on hyvin eri tavoin ennalta hahmotettu ja määritetty palveluiden tuottamisen reunaehdot ja määritelmät, mukaan lukien yhdenvertaisten palveluiden toteuttaminen. (3/66)

Järjestämisvastuun siirtyminen kuntaa merkittävästi suuremmille toimijoille luo edellytyksiä parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisuutta, mikä voi pitkällä aikavälillä kaventaa alueellisia ja väestöryhmien välisiä hyvinvointi ja terveyseroja. (7/39)

Raporteissa tuli esille, kuinka lähipalvelu on muuttunut kahdenkymmen vuoden aikana. Yhdenvertaisuutena on aiemmin nähty lähipalveluiden fyysinen sijainti, joka näkyy 1990-luvun määrittelyssä. Lähipalvelu on sijainnut omassa kunnassa tai jopa asuinalueella, koska palvelut ovat peruspalveluita. Rakenneuudistuksen ja keskittämisen myötä lähipalvelu käsite on muuttunut. Lähipalvelu on edelleen usein tarvittava palvelu, mutta sen sijainti on kauempana. Kaupungistuminen näkyy mielipiteissä, ja kaupungeissa julkinen liikenne mahdollistaa liikkumisen. Sote-uudistuksen tavoitteena on lähipalvelun vahvistaminen, mutta palvelu on kauempana käyttäjiä. Kokosin seuraavaksi otteita lähipalvelu käsitteen muutoksesta raporteissa vanhimmasta uusimpaan.

Lähipalveluilla tarkoitetaan erilaisia peruspalveluja, omasta kunnasta tai asuinalueelta saatavia palveluita. (1/21)

Lähipalvelu on asiakasläheistä, matalan käyttökynnyksen palvelua. Sitä käytetään usein tai päivittäin, ja se sijaitsee lähellä käyttäjiensä elinympäristöä tai on muuten helposti saavutettavissa.” (4/75)

Aukkaat hyväksyisivät palveluiden sijainnin nykyistä kauempana. Etenkin kaupungeissa kaksi kolmasosaa olisi hyväksynyt päivittäin käytettäviin palveluihin pidemmän matkan (3/69)

ihmisten usein tarvitsemia lähipalveluja ja matalan kynnyksen palveluja vahvistetaan ja toisaalta kertaluontoisia tai harvemmin käytettyjä palveluja keskitetään. (7/26)

Laadukkaan palvelun tarjoaminen kansalaisille on järjestämislain yksi tavoite. Laatu ja yhdenvertaisuus nähdään toisiaan täydentävinä asioina, jos palvelut ovat yhdenvertaisia, ovat ne myös laadukkaita ja hyviä. Laissa ei varmisteta kuitenkaan tarkemmin perusteita hyvästä hoidosta. Myöskään oikeutta hyvään hoitoon ei tarkenneta. Raporteissa tulee esille, että tulevaisuudessa hyvän hoidon takaajina ja mahdollistajina ovat suuret tuottaja- ja järjestäjätahot, siksi heillä on suuri vastuu siitä, että hyvä hoito toteutuu. Tämä kohta lain tavoitteista jää hyvin ylätasolle ja odottamaan tulevaisuuden päätöksiä.

Lakiehdotus ei määrittele oikeutta hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vaan tästä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölaeissa, mikäli siitä jotakin säädetään. (6/82)

...järjestämistahojen koon kasvamisen voidaan arvioida parantavan niiden kykyä turvata oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon. (6/85)

Sosiaali- ja terveystalvelujen integraatio voi parantaa palvelujen laatua, asiakkaan elämänlaatua sekä tuottaa taloudellisia hyötyjä. Ennaltaehkäisevät palvelut voivat vähentää hoidon kestoa ja todennäköisyyttä päätyä erikoissairaanhoidoon tai laitoshoidoon. (7/39)

Raporttien mukaan asiakkaiden kokonaisuuden huomiointi muuttuu merkittävästi Sote-uudistuksessa, koska palvelut hajautetaan kunnan ja maakunnan välillä. Kunnan tehtäviin kuuluu edelleen kansalaisten elinolojen, hyvinvoinnin ja terveyden seuranta, mutta myös maakunnalla on vastaavia seuranta velvoitteita. Kyseiset asiat liittyvät läheisesti kokonaisuutena ennaltaehkäisevään toimintaan, joka on nykyisin kuntien eri toimialueiden vastuulla. Kunnan liikunta-, rakennuspalvelut sekä opetustoimi tekevät yhteistyötä, jotta kuntalaisten ennaltaehkäisevä toiminta huomioitaisiin laaja-alaisesti. Maakunnan ja kuntien välille tulee uusi yhteistyömuoto, koska tulevaisuudessa palveluiden integraatio siirtyy ennaltaehkäisevissä palveluissa kunnan ja maakunnan välille.

Rakenneuudistuksen suunnitelmissa uskotaan suuren järjestämistahon ja yhteistyön tuomiin mahdollisuuksiin. Maakunnat sosiaali- ja terveystalouden järjestäjinä kasvavat suuriksi palveluiden järjestäjiksi, mutta yhteistyö kumppanit eli kunnat tulevat maakuntien myötä pienenemään ja niiden mahdollisuudet vaikuttaa asioihin saattavat rajoittua.

Valtiovallan taholla on esitetty taloudellista kerrointa, jos maakunta pystyy esittämään toiminnoillaan selkeää edistymistä toimenpiteissä ja tuloksissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Nämä toimenpiteet ja tulokset tulee saavuttaa ikääntyvien toimintakyvyssä, kansansairauksien ennaltaehkäisyssä sekä syrjäytymisen ja työelämän ulkopuolelle joutumisen ehkäisemisen sekä työllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Toimenpiteiden ja tulosten vertailu eri puolilla Suomea on haasteellista, koska kaikkien näiden edellä mainittujen ryhmien välillä alueelliset eroavaisuudet ovat suuret.

Kuntien tulee seurata asukkaiden elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Myös maakunnalla on velvoite seurata alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä. Seurantaan tarvittavan tiedon tuottaminen jakaantuu osin kunnan ja osin maakunnan vastuulle, mikä voi olla riski toimivan seurantajärjestelmän varmistamisessa ja edellyttää hyvää yhteistyötä ja tietojen yhteensovittamista. 7/31)

Nykyistä suurempien järjestämistahojen muodostuminen luo jossain määrin paremmat edellytykset väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Tavoitteen toteutuminen edellyttää kuitenkin selkeää vastuunjakoa ja hyvin toimivaa yhteistyötä kuntien ja muiden toimijoiden sekä hallinnon eri tasojen välillä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja seurannassa sekä näihin liittyvissä toimenpiteissä. (6/81)

Haasteena on turvata monia eri palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet monituottajamallissa ja sovittaa yhteen (7/8)

Pienemmät asiakasryhmät, joilla ongelmat voivat olla selviytymättömyys ja vaikeuksien kasaantuminen jäävät lähes huomiotta raporteissa. Tähän selviytymättömien tai vaikeuksissa olevien ryhmään kuuluvat paljon palveluita tarvitsevat moniongelmaiset, vammaiset, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat ja lastensuojelun asiakkaat. Aineistossa oli listaukseen lisätty vielä vanhuspalvelun asiakkaat. Näiden edellä mainittujen ryhmien hoidon toteuttaminen ja palveluiden integrointi on ollut haasteellista, ja he ovat usein väliinputoajia palveluissa. Rakenneuudistuksen suunnitelmissa keskittäminen nähdään heidän palveluissa positiivisena, koska osaaminen on keskitetty paremmin ja tehokkaammin. Palveluiden piirissä olevien asiakkaiden palveluiden integrointi turvataan erilaisin yhteistyökeinoin, mutta asiakkaiden omia voimavaroja palveluiden hakeutumiseen ei ole huomioitu.

Nämä asiakkaat ovat usein samanaikaisesti myös kunnan asuntopalveluiden, työllisyys palveluiden ja Kelan asiakkaita, mutta hakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ei välttämättä onnistu, siksi tämä asiakasryhmä jää osittain palveluiden ulkopuolelle. Lakiluonnoksessa ei näihin ryhmiin oteta kantaa vaan he jäävät edelleen paikallisen palveluntarjoajan vastuulle. Seuraavaksi aineistosta otteita, jossa paljon palvelua tarvitsijoiden palveluiden suunnittelua avataan.

Palvelujen integraatio hyödyttää etenkin paljon erilaisia palveluja tarvitsevia väestöryhmiä, kuten monisairaita, vammaisia, mielenterveys- ja päihdekuntoutujia ja lastensuojelun asiakkaita. Näiden käyttäjäryhmien hoidossa ja hoivassa korostuu usein moniammatillisten, kokonaisvaltaista hoitoa ja tukea tarjoavien palvelukokonaisuuksien tarve ja tehokas palveluohjaus. Lakiluonnos sisältää keinoja palvelujen integraation varmistamiseksi, mutta se jää käytännön toteutuksen varaan.(7/27)

Tällöin asiakkaan tarpeisiin on vastattava moniammatillisesti ja yhdellä ja samalla työntekijällä tulee olla laajaa ja syvällistä osaamista. Sosiaalihuollon erityisosaamisen ja – palvelujen turvaamisessa tarvitaan alajaoksen muistion mukaan usein sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyötä (3/62)

Pienten asiakasryhmien pienet palveluvolyymit eivät ehkä yleensäkään nosta päätöksenteossa niin paljon linjauksen tarpeita kuin laajemman alueen suurempi palveluntuotanto.(3/67)

Palvelurakennelaissa on vielä paljon keskeneräisiä asioita, joilla on merkitystä asiakkaan saamiin palveluihin ja asiakkaan oikeuksiin. Nykyisten kuntien asema ja tehtävät muuttuvat paljon, esimerkkinä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen jää osittain kunnille, mutta myös maakunnalla on tehtäviä. Lakiuudistus on vielä hyvin kesken, ja esitettyjen asioiden kohdalla tarkennukset ovat keskeneräisiä tai tekemättä kokonaan.

Lakiluonnoksen perusteella ei esimerkiksi ole selvää, missä yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia koskevat päätökset tehdään ja mikä taho käsittelee oikaisuvaatimukset. Nämä seikat vaikuttavat kokonaisuuden hahmottumiseen (7/33)

Parempi järjestämisosaaminen ja laaja väestöpohja luovat aiempaa parempia mahdollisuuksia edistää palvelujen esteettömyyttä ja varmistaa palvelujen monipuolisuus mm. digitaalisten ja mobiilipalvelujen kehittäminen. Näin voidaan

vastata eri ryhmien ja erilaisessa asemassa olevien yksilöiden toisistaan poikkeaviin tarpeisiin ja toiveisiin. Esimerkiksi käyttäjälähtöisten digitaalisten palvelujen tarjoaminen niille, joilla on valmiudet ja halu niitä käyttää, voi vapauttaa resursseja enemmän tukea tarvitsevien palveluihin. (7/26)

7. Johtopäätökset

Tässä luvussa teen johtopäätöksiä tutkimukseni tuloksista ja pohdin niitä teoriataustani valossa. Lisäksi pohdin, millaisia yhtäläisyyksiä ja ristiriitoja asiakasdiskursseissa ilmenee. Käyn ensin läpi asiakkuutta ja sen muutokseen liittyviä diskursseja, ja sitten lopuksi pohdin, miten Sote-uudistuksessa asiakasdiskurssit näyttäytyvät.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on ollut selvittää, miten asiakas määritellään kunta- ja palvelurakenne- ja Sote-uudistuksen eri vaiheissa. Kiinnostukseni kohdistui rakenneuudistuksen tavoitteisiin ja siihen miten asiakasdiskurssit ovat muuttuneet muutosprosessin aikana. Olen hakenut vastauksia kunta- ja palvelurakenne- ja Sote-uudistuksen aikaisista raporteista, jotka ovat tehty uudistuksen eri vaiheissa ja ennen uudistuksen varsinaista aloittamista. Raportteja on kolmelta eri vuosikymmeneltä, joten niissä näkyy myös palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia. Kolme raporteista ovat alueellisen hankkeen loppuraporttia ja neljä raporttia liittyi kunta- ja palvelurakenne uudistuksen eri vaiheisiin. Haasteellista raporteissa on yhdenvertaisuuden varmistaminen, koska osa raporteista on tehty ennen kuin kehittämis- ja muutostoimet olivat virallisesti aloitettu.

Analyysin lähtökohtana oli etsiä tutkimusraporteista asiakasta kuvaavia diskursseja. Koska osa tutkimusraporteissa keskittyi ensisijaisesti organisatorisen muutoksen arviointiin, asiakkuutta koskevat diskurssit olivat tekstien sisällä eivätkä omana osionaan. Eroavaisuutta oli myös tutkimusraporttien raportoinneissa, jos raportti koski toiminnallista ja asiakkaasen liittyvää tutkimusta, oli asiakasdiskurssit selvemmin löydettävissä. Rakenteellisten ja hallinnollisten muutosten raportointi on enemmän hallinnon puhetta, jolloin asiakasdiskursseja oli vähemmän ja ne olivat kirjattu ylätasolla. Suurimmaksi osaksi aineistona käyttämiäni asiakasdiskursseja otin

raporttien yhteenvedoista ja johtopäätöksistä. Poikkeuksena olivat raportit, joissa asiakas arviointi oli koottu yhteen lukuun, silloin käytin kyseistä lukua yhteenvedon lisäksi. (Liite 1)

Tutkimustulosteni mukaan asiakas-käsite on häilyvä, vaikka asiakas on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Sosiaalihuollossa asiakas-käsite on tuttu, mutta terveydenhuollossa asiakas käsitettä ei ole määritelty tai sitä ei ole sisäistetty osaksi palvelua. Nykyisin julkisissa asiantuntijajärjestöissä asiakas termi on käytössä, mutta puhekielessä puhutaan edelleen potilaasta. Potilaan ja asiakkaan ero on siinä, onko hän palvelun kohde vai osa palvelua. Raporteissa tuli esille, että asennoituminen potilaaseen tai asiakkaaseen vaikuttaa myös palvelun sisältöön. Teoriataustassani on palvelukulttuurista tullutta asiakkuuteen liittyvää käsitteistöä paljon, mutta rakenteellisissa uudistuksissa käsitteistö ei tule esille.

Asiakkaan lähikäsite on asiakaslähtöisyys, jonka määrittely on jopa vaikeampaa kuin asiakkaan. Asiakaslähtöisyys on hyvää ja yksilöllistä hoitoa, mutta tutkimuksessani tuli esille, että käsite asiakaslähtöisyys on epämääräinen eikä sen merkitystä tiedetä palveluissa. Sipilä hallitusohjelmassa (2015) on kirjattu kärkihankkeeksi ennakoidut ja hallintorajat ylittävien asiakaslähtöisten palvelujen varmistaminen. Koska toimijoiden ja asiantuntijoiden tasolla käsite on epäselvä, tavoitteiden saavuttaminen on haasteellista.

Asiakasdiskurssit vaihtelevat paljon passiivisesta aktiiviseen palvelun käyttäjään. Passiivinen asiakas ottaa hänelle suunnitellun hoidon vastaan yhdessä hoitavan henkilön kanssa, ja hän on palvelun kohde. Aktiivinen asiakas tuo ongelmansa esille ja vaikuttaa yhdessä ammattilaisen kanssa palvelun lopputulokseen. Tämä muutos passiivisesta aktiiviseksi asiakkaaksi vaatii sekä asiakkailta että ammattilaisilta asenteiden muutosta. Asiakkaalle aktiivisuus on myös suurempaa vastuun ottamisesta omasta hoidostaan ja palvelustaan. Käsitteenä potilaan muuttuminen asiakkaaksi tarkoittaa asiakkaan aktiivisuuden lisääntymistä. Asiakkaan ja asiantuntija professioiden välinen jännite kasvaa, koska asiakkaan valta ja asiantuntijuus omaan tilanteeseensa lisääntyy. Muutosta tapahtuu myös asiakkaan ja ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa teknologia jalkautumisen johdosta, koska vuorovaikutus jatkossa voi tapahtua myös verkossa. Verkossa tapahtuvassa palvelussa asiakas on aktiivinen yhteydenottaja ja oman tilanteensa arvioija. Tämä asiakkaan roolin muuttuminen tuo haasteita ammattilaisille, koska asiakas muodostaa oman kokemuksensa jokaisesta

palvelutapahtumasta (Tuulaniemi 2009, 26), joka on jatkossa myös organisaatioiden välinen kilpailutekijä.

Asiakkuus on tutkimukseni mukaan muuttunut huomattavasti, mutta ammattilaiset epäilevät ettei muutosta heidän asenteissa tapahdu kovin nopeasti. Tilanne on ristiriitainen, koska muuttunut asiakkuus vaikuttaa palvelun sisältöön, koska vuorovaikutussuhde asiakkaan ja ammattilaisen välillä on aina kaksisuuntainen. Ammattilaiset epäilevät, että asiakaslähtöinen palvelu ei voi toteutua, koska asenteen muutokseen ei olla vielä valmiita ammattilaisten osalta. Asiakkaat ovat muutoksessa edellä, miten tämä vaikuttaa asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyöhön jatkossa. Tutkimukseni mukaan ammattilaislähtöisestä tavasta palvelulla asiakasta on vaikea siirtyä aitoon asiakaslähtöiseen palveluun. Valokiven (2008, 75–76) mukaan aktiivinen asiakas ja ammattilainen neuvottelevat sopimuksen kahden tasavertaisen kumppanin välillä. Sopimus neuvotellaan ennen palvelun ja avun tarvetta, ja siinä määritellään avun tarve. Haasteena on, että palvelujärjestelmässä tämä tasavertaisuus ei toteudu vaan ammattilainen tekee asiakkaalle tarjouksen, jonka hänen tulee hyväksyä. Pahimmassa tapauksessa asiakas ei sopimusta hyväksy, tällöin hän voi tippua palveluiden ulkopuolella. Teoriataustauudessa aktiivinen asiakkuus tuli selvästi esille, mutta aineistossa aktiivinen asiakas ei ollut niin merkittävästi esille asiakkaan ja ammattilaisen välisessä yhteistyössä.

Palvelujärjestelmässä asiakkaan tarpeet ovat palveluiden perusteena, mutta tutkimuksessakin tuli esille, että tarpeiden määrittely ei ole systemaattista vaan perusteena on ammattilaisten arvio asiakkaan tarpeesta. Tarpeiden määrittelyssä on huomioiva hoito- ja palveluketjut, koska asiantuntijuus saattaa olla erilaista palveluketjun eri kohdissa. Tarpeiden määrittely on haastavampaa mitä enemmän tahoja palveluketjussa on, koska tarpeiden määrittely on moninaisempaa. Yhteisvastuu voidaan kokea uhkana omalle ammatillisuudelle tai tilanteena, jossa kukaan ei ota vastuuta (Isoherranen 2012, 155). Organisaatiolähtöisellä rakenteellisella muutoksella tavoitellaan asiakaslähtöistä tarpeiden määrittelyä. Tulevaisuus näyttää onnistutaanko siinä, koska tutkimuksessa tämä ei vielä selvästi tullut esille.

Sote-uudistus prosessin aikana asiakkuuteen liitetään useita arvoja, joita pidetään uudistuksen ajureina. Niiden tarkempi sisällön määrittely on tekemättä tai määritelmiä on useita, jopa ristiriitaisia keskenään. Tutkimuksessa on nähtävissä, että arvoista huolimatta tärkein Sote-uudistuksen

lähtökohta on NMP, koska arvot perustellaan taloudellisuudella ja tehokkuudella. Vaatimukset muutokseen ovat usein talouteen liittyviä, siksi uusi julkisjohtaminen (NPM) ja markkinalähtöisyys ovat toimenpiteitä, joilla nykyaikaistamista tehdään (Koivusalo 2017, 132). Näitä nimettyjä arvoja ovat yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus sekä itsemäärääminen, joista käyn läpi arvojen yhdenvertaisuuden ja itsemääräämiseen, koska niistä löytyi diskursseja määrittelemään arvoa tarkemmin.

Tutkimuksessa ilmeni, että yhdenvertaisuus määritellään usealla eri tavalla. Ensinnäkin yhdenvertaisuus on yhteistyötä asiakkaan ja ammattilaisen välillä, jolloin asiakkaan aktiivisuutta kunnioitetaan. Yhdenvertaisuus organisatorisesti on palveluiden harmonisointia, silloin palvelut ovat kaikille samanlaiset. Tämä saavutetaan palveluita ja osaamista keskittämällä. Harmonisointi tehdään maakuntauudistuksen kautta, jonka jälkeen Suomessa palvelut pyritään samaan yhtäläiseksi. Ristiriitana tässä on palvelun yksilöllisyys ja asiakkaan aktiivisuus omassa palvelussa, koska harmonisoidut palvelut ovat samankaltaisia huolimatta yksilöllisten ja alueellisten tarpeiden eroista. Suuret järjestäjätahot ja keskitetyt palvelut määritellään hyvän ja laadukkaan palvelun mittariksi.

Itsemäärääminen liitetään valinnanvapauteen, koska asiakas saa itse määritellä millaista palvelua hän haluaa tai tarvitsee. Haasteena tutkimuksen mukaan on se, että asiakkaiden tietoisuus palvelujärjestelmän palveluista ei ole hänen hallinnassa, joten tietoon perustuva päätöksenteko on muuttumassa yhä enemmän tunnepohjaiseen päätöksentekoon. Valintatilanteissa erityisesti tunne korostuu ja vaikuttaa päätökseen. Digitalisoituminen ja mediakentän hajaantuminen ovat muuttaneet tietoisuutta toiminnasta brändi ja ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, tällöin kaikki ihmisten, palveluiden ja tuotteiden väliset kohtaamiset luovat vuoropuhelun brändin kanssa. (Tuulaniemi 2011, 47–48.) Asiakkaan osaamista tehdä oikeita valintoja, jotka ovat sopivia hänen tilanteessa, ei huomioida raporteissa. Valinnan perusteena voi mahdollisesti olla mielikuva tai tunne, mutta vaihtoehtona voi olla myös sairaus tai siihen liittyvä asianmukainen hoito. Ongelmana ovat palvelujen tarvitsijat, jotka eivät kykene kilpailuttamaan palveluja tai eivät ole halukkaita palvelujen käyttäjiä tarpeesta huolimatta (Helne & Laatu 2006, 88–93).

Asiakkuuden näkymisestä Sote-uudistuksessa tuli tutkimuksessa esille asiakkaaseen liittyviä toimija tai asiakasryhmiä, joita käyn seuraavaksi läpi aloittaen terveyden edistämisestä.

Terveydenedistämisellä ei rakennemuutoksessa ole osoitettu selkeää organisaatioita (vrt. Kansanterveyslaki 1974) vaan se jää uusien rakennettavia organisaatioiden ja alueen kuntien väliseksi yhteistyöksi. Onnistuessaan terveydenedistämässä maakunta palkitaan taloudellisella hyödyllä, vaikka onnistunut terveydenedistäminen tuottaa itsessään taloudellisen hyödyn lisääntyneen terveyden kautta. Epäselväksi jää taloudellisen hyödyn saaja. Palkitseminen on haasteellista, koska mittareiden ja yhdenvertaisuuden varmistaminen on hankalaa huomioden koko Suomi. Ennaltaehkäisevät palvelut eivät sovellu kovin hyvin NPM ideologiaa, vaikka ennalta ehkäisevillä palveluilla on suuri merkitys kansalaisten hyvinvointiin (Helne & Laatu 2006, 93). Koivusalon (2017, 133) mukaan terveydestä ja terveyden edistämisestä on tullut omatoimista, yksilöllistä ja henkilökohtaista, siksi voidaan sanoa, että se irtautuu terveyteen vaikuttavista yhteiskunnallisista tekijöistä, eriarvoisuudesta sekä julkisen vallan toimijoista.

Tutkimustuloksissa ristiriitaista on paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelutarjonnan varmistaminen. Rakennemuutos nähdään mahdollisuutena osaamisen ja tehokkaan toiminnan kannalta paljon palveluita tarvitsevien kohdalla. Ongelmana ei ole palveluiden saatavuus vaan saavutettavuus, miten asiakkaat löytävät oikeat palvelut. Paljon palveluita tarvitsevat asiakasryhmät käyttävät erilaisia palveluita paljon, tai toisena ääripäänä he eivät ole minkään palvelun piirissä, vaikka tarve palveluihin on olennainen. Palveluiden harmonisointi ei välttämättä ole tällä asiakasryhmälle oikea tapa tuottaa palveluita, koska tarve ja saavutettavuus voi olla hyvin yksilölläinen (vrt. Saari 2017). Olemassa olevat ongelmat halutaan ratkaista suunnitelmissa osaamisen ja keskittämisen avulla, tai vaihtoehtona on jättää pienempien asiakasryhmien kohtalo paikallisten palveluiden tarjoajan vastuulle.

Edellä esitin asiakkaan roolin muutosta aktiiviseksi palvelun käyttäjäksi sekä kansalaiseksi. Tutkimuksessa tuli esille, että rakennemuutoksessa asiakas määrittää aktiiviseksi kansalaiseksi, jonka toiminta on kansalaisoikeuden toteuttamisesta palveluiden kehittäjäksi. Toiminnan kehittämisessä tulee asiakas ottaa huomioon, ja erilaisia keinoja esitetään kuten neuvostot ja kuulemistilaisuudet. Asiakkaan huomioiminen palvelun käyttäjänä ei tule tutkimusaineistossa esille varsinkaan Sote muutoksen ennakointiraporteissa. Asiakkaan yksilöllisyyden huomioitiin jää vähemmän tärkeäksi asiaksi tulevaisuudessa. Asiantuntijoilla on osaaminen ja kyky arvioida asiakkaan tarpeita, joten asiakas palvelun käyttäjänä passivoituu. Asiakas aktivoitua palvelujärjestelmän kehittäjänä, mutta samanaikaisesti passivoituu palvelujärjestelmän käyttäjänä.

jalkautuminen osaksi suomalaista julkista hallintoa näkyy myös Sote-muutoksessa. Taloudellisuus ja tehokkuus ovat perusteita muutokseen, jotka näkyvät määritelmässä perusteina ja uskona hyvän palvelun toteutumiseen. Julkisten palveluiden tavoitteena on mahdollistaa kuntalaisille monenlaisia palveluja, joista kuntalaiset voivat itse valita parhaimman. Samanaikaisesti pyritään lisäämään kilpailua yksityisen palveluntuottajan kanssa, ja siten nostamaan laatua ja laskemaan hintoja. Ongelmana on palveluiden ja asiakkaiden palveluiden tarpeen oikea aikainen ja oikeanlainen kohtaaminen. Uskotaan siihen, että suuret rakenteet mahdollistavat hyvät ja taloudellisesti kestävät palvelut tarvitsijoille. Rakenteet hoitavat, jonka jälkeen julkisen vallan vastuun merkitys kaventuu. Julkinen vastuunkanto on muuttumassa jälkikäteiseksi, eli julkinen vastuu realisoituu, kun vastoinkäyminen, epäkohta tai kriisi toteutuu (Hänninen 2017, 103). Tutkimuksen mukaan Sote-uudistuksessa on useita ristiriitaisuuksia tavoitteiden ja tehtyjen toimien perusteella. Sote-uudistus on vielä keskeneräinen ja toiminnalliset tarkennukset puuttuvat, mutta siitä huolimatta julkinen valta uskoo, että muutos itsessään on mahdollisuus. Uudistamisen tarve tulee esille teoriaosuudessa ja Sote-uudistuksen tavoitteissa, mutta saavutetaanko uudistuksilla ratkaisu yhteiskunnan tämän hetken ja tulevaisuuden haasteisiin.

Yhteenvedona tutkimustuloksena voi sanoa, että Sote-muutoksessa asiakas nähdään ensisijaisesti kansalaisena. Asiakas ja asiakaslähtöisyys käsitteitä ei ole määrittely sote-uudistuksessa yhtenäisesti, ja tutkimuksessa on tullut esille, että terveydenhuolto ja sosiaalihuolto määrittelevät asiakkaan eri tavoin. Näiden eri professioiden käsitykset asiakkuudesta poikkeavat jonkin verran toisistaan. Tämä on jäänyt huomioitta Sote-uudistuksessa, koska tulevaisuuden palvelun tuottamisen kentässä yhteistyön tekeminen eri professioiden välillä on tärkeää, jotta asiakkaat saavat hyvän palvelun. Asiakaslähtöisen palvelun tuottamisen edellytykset ovat professioiden ymmärrys toinen toistensa käsitteistä ja niiden merkityksestä asiakkaan palveluihin.

Lähteet

Aaltola, Elisa. (2010). Ihmisoikeudet. Teoksessa Niemelä, Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro. 38–66.

Ahola, Marika & Ylitalo, Sanna. (2013). Kokemusasiantuntijuus kunnan mielenterveys- ja päihdeasioiden strategisessa suunnittelussa. Pro gradu-tutkielma. Sosiaalityö. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Ahonen, Tarja. (2017). Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämiseen. Nummela: Painokiila Oy.

Anttonen, Anneli. (2009) . Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, Anneli, Valokivi, Heli & Zecher, Minna. (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino. 54–98.

Arantola, Heli. (2006) . Customer insight. Uusi väline liiketoiminnan kehittämiseen. Juva: Wsoypro.

Eloheimo, Outi, & Kaila, M., & Mattila, Jukka, & Ketola, E. ja Mäntyranta, Taina. 2004. Potilaan palvelukokonaisuuden hallinta. Teoksessa Mäntyranta, Taina, & Eloheimo, Outi, & Mattila Jukka & Viitala, Juha. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Helsinki: Duodecim. 331–343.

Eriksson-Piela, Susan. (2003). Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Väitöskirja 929. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Esping-Andersen, Gôsta. (1990). The Three World of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.

Evers, Adalbert.(2006). European perspective and future challenges of welfare services. Teoksessa Matthies Aila-Leena. Nordic. (toim.) Civic Society organisations and the Future of welfare Services. A Model for Europe. TeamNord 517. 255–276.

Fairclough, Norman. (1992). Discourse and social change. Cambridge: Polity.

Greve, Carsten & Jespersen, Peter Kragh (1999). New Public Management and Its Critics. Alternative Roads to Flexible Delivery to Citizens? In Luc Rouban (Ed.). Citizens and the New Governance: Beyond New Public Management. Amsterdam: IOS Press. 143–156.

Grönroos, Christian. (2000). Service Management and Marketing: A Customer relationship Management Approach. Chichester: John Wiley & Sons.

Grönroos, Christian. (2009). Palvelujen johtaminen ja markkinointi. Juva: WSOY.

Haatanen, P. (1993). Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Teoksessa Riihinen, Olavi. (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Juva: WSOY.

Hagfors, Robert & Kananoja, Jouko. (2011). Hyvän elämän teoria. Teoksessa Saari, Juho. (toim.) Hyvinvointi-Suomalaisen yhteiskunnan perusta., Helsinki: Gaudeamus. 169–190.

Hakkala, Mari.(2013) Kansallinen tieto- ohjaus ja kunnallinen toiminta. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Laura & Leppo, Kimmo.(toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 103–108.

Hannikainen-Ingman, Katri & Saikkonen, Paula. (2017) . Kansalaisten asenteet ja taloudellisen tasa-arvon tavoite. Teoksessa Hänninen, Sakari & Saikkonen, Paula. (toim.) Hyvinvointivaltio ylittää jälkensä. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 44–60.

Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio. (2014). Hyvinvointivaltio – Houkutteleva lupaus vai karvas pettymys. Tampere: Tampereen University Press.

Hayek, Friedrich. (1995). Tie orjuuteen. Helsinki: Gaudeamus.

Helne, Tuula & Laatu, Markku. (2006) (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Hietala, Outi & Rissanen, Päivi. (2015) Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Helsinki: Kuntoutussäätiö & Mielenterveyden keskusliitto.

Hiilamo, Heikki. (2015). Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä Sote-uudistuksessa on kysymys. Helsinki: Into

Hänninen Sakari a. (2017). Poliittinen arvostelukyky ja hyvinvointivaltion rajat. Teoksessa Hänninen, Sakari & Saikkonen, Paula. (toim.) Hyvinvointivaltio ylittää jälkensä. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 162–181.

Hänninen Sakari b. (2017) Julkisesta vastuusta yksityiseen vastuuseen. Teoksessa Hänninen, Sakari & Saikkonen, Paula. (toim.) Hyvinvointivaltio ylittää jälkensä. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 97–110.

Häyhtiö, Tapio.& Kyhä, Henna & Raikisto, Kaisu-Leena (2017). Palvelumuotoilu asiakkaiden osallistumisen keinona. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Lyly, Hannu & Niskala Asta. (toim). Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino. 85–109.

Idänpää- Heikkilä, Ulla.(2004). Palveluiden tuottaminen julkisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Terveyspalveluiden suunnittelu. (toim.) Mäntyranta, Taina & Eloheimo, Outi & Mattila, Jukka & Viitala, Juha. Helsinki: Duodecim. 296–302.

Isoherranen, Kaarina.(2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja 2012:18. Helsinki: Helsingin yliopisto väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta.

Johansson, Pia Maria & Virtanen, Matti. (2013). Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. Suomen lääkärilehti 34/2013 vsk 68. 2070–2073.

Johnstone, Barbara. (2008) Discourse analysis. Blackwell publishing .

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi. (2016)a Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. (toim.) Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino. 75–104.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi. (2016)b Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. (toim.) Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere:Vastapaino. 267–310.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Pösö Tarja. (1995) Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat konstruktivistinen näkökulma. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. (2016). Diskurssianalyysin kuvakulmat. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. (toim.) Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino. 23–50.

Juhila, Kirsi. (2006). Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Julkunen, Raija (1992). Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Tampere: Vastapaino.

Jylhäsaari, Jussi. (2009) Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Väitöskirja 212. Vaasa: Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta.

Järnström, Sanna. (2011). ”En tiedä mitä ajattelet minun kohtalokseni” etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja 1097. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden tiedekunta.

Kanaoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo. (2017). Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma.

Kettunen, Pauli. (2006). The Power of International Comparison - A Perspective on the Making and Challenging of the Nordic Welfare State. Teoksessa Christiansen, Niels Finn & Petersen, Klaus & Edling, Nils & Haave, Per. (toim.). The Nordic Model of Welfare. A Historical Reappraisal. Kööpenhamina: Museum Tusculanum Press. 3165.

Koivuniemi, Kauko. & Simonen, Kimmo. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Koivusalo, Meri. (2017) Markkinaehtoisuus ja terveystalouden rajat. Teoksessa Hänninen, Sakari & Saikkonen Paulu. (toim.) Hyvinvointivaltio ylittää jälkensä. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. 129–145.

Kokko, Simo.(2013). Terveystalouden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa Sihto,Marita & Palosuo ,Hannu & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo. (toim.) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Tampere: Terveystalouden- ja hyvinvoinnin laitos. 242–260.

Kröger, Teppo. 2009. Hoivapolitiikan rajanveto. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zeher Minne. (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino. 99–125.

Kujala, Eila.(2003). Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystaloukseen. Väitöskirja 914. Tampere: Tampere yliopisto: hoitotieteen laitos.

Kuusela, Hannu & Neilimo, Kari. (2010). Kaupan strategia osaaminen. Helsinki: Edita.

Laurinkari, Juhani. (2010). Hyvinvointipolitiikan talous. Teoksessa Niemelä, Pauli. (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro.

Leece, Janet & Leece, David. (2011) Personalisation: Perceptions of the Role of Social Work in a World of Brokers and Budgets. British Journal of Social Work 41(2), 204–223.

Lehto, Juhani. (2012) Mitä perusterveydenhuolto potee? Teoksessa Anttonen, Anneli & Haveri, Arto & Lehto, Juhani & Palukka ,Hannele (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino OY. 370–391.

Lehto, Juhani & Kananoja, Aulikki & Kokko, Simo & Taipale, Vappu. (2001). Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.

Lillrank, Pauli & Venesmaa, Julia. (2010). Terveysthuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.

Lähdesmäki, Kirsi. (2003). New Public Management ja julkisen hallinnon uudistaminen. Väitöskirja 113. Vaasa: Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta.

Löytänä Janne & Korkiakoski, Kari. (2004). Asiakkaan aikakausi. Rohkeus+rakkaus=raha. Viro: Talentum.

Meklin, Pentti. (2015). Sote-uudistus- mistä udistuksen hyödyt syntyvät. Arttu2-tutkimusohjelman julkaisusarja, nro 3/2015.

Mitronen Lasse & Rintamäki Timo. (2012). Arvopohjainen toimintalogiikka julkisen sektorin palvelujen ohjausjärjestelmässä. Teoksessa Anttonen, Anneli & Haveri, Arto & Lehto, Juhani & Palukka, Hannele (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino OY. 174–216.

Niiranen, Vuokko. (2013). Sosiaali- ja terveysthuollon ohjausympäristöt ja ohjausmekanismit. teoksessa Ollila, Seija & Raisio, Harri. (toim.) Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Vaasa: Vaasan yliopisto. 207–213.

Nordlund, Hanna. (2009). Constructing customer understanding in front end of innovation. Väitöskirja 1097. Tampere: Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu.

Nykänen, Pirkko & Ruotsalainen Pekka. (2012). Kansalaisen luotettava eTerveyspalveluympäristö. Teoksessa Anttonen, Anneli & Haveri Arto & Lehto Juhani & Palukka Hannele. (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino OY. 274–302.

Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. (2012). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 20012:17.

Peltokorpi, Pauliina. (2006). Potilas kadoksissa. Kielikello, Kielenhuoltolehti 3/2006. 26–29.

Pentikäinen, Sari & Mäntynen, Anne. (2009). Kurssi kohti diskurssia. Tampere: Vastapaino.

Pohjola, Anneli. (2010). Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa (Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus. 19–74.

Poutanen Veli-Matti. (2010). Sosiaalityöpolitiikka. Teoksessa (toim.) Niemelä Pauli. (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro. 177–198.

Prahalad, Coimbatore Krishnarao & Ramaswamy, Venkat. (2004). Co-creation experiences: the next practice in value creation. Journal of Interactive Marketing. Vol. 18. N.3. 5–14.

Rannisto, Pasi-Heikki. (2013). Yhteisöllisyys julkisten palvelujen johtamisessa ja kehittämisessä. Teoksessa Tuhkunen, Anne & Rannisto, Pasi-Heikki (toim.). Elämänhallintaa kuntayhteisössä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Rantanen Tanja. (2013). Kunnan asiakaspalvelu. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Ritvanen Hannu & Sinipuro Jaana. (2013). Tiedolla johtaminen toimialueen murroksessa: malli sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki: Books on Demand.

Ruotsalainen, Pekka. (2000). Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Hygiea Tammi. 7–32.

Russell, Whiteley Keat & Abercrombie, Nicolas. (1994). The Authority of the Consumer. London: Routledge.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anne. (2009). Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009.

Saari Juho. (2010). Europalaistuva sosiaalipolitiikka. Teoksessa Niemelä Pauli. (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro. 415–446.

Saari Juho 2017. Sosiaaliturvariippuvuuden tulevaisuus. Teoksessa Saari Juho (toim.) Sosiaaliturva –riippuvuus. Sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa? Tampere: Tampere University press. 319–354.

Seiskari, R. & Töyryöä, P. 2000. Sosiaali- ja terveystoimen palvelut osana palveluketjua. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere. Hygiea Tammi. 7–32.

Sihto, Marita. (2011). Sosiaalinen vai terveellinen – yhteistä näkökulmaa etsimässä. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu. (toim.) Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Helsinki: Unigrafia. 261282.

Stenvall, Juhani & Airaksinen, Jenni. (2009). Manse mallillaan – Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Helsinki: Kuntatalon paino Suomen Kuntaliitto Acta nro 211.

Stenvall, Juhani & Virtanen, Petri. (2012). Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Kehittämisen malli, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma.

Suominen, Sakari & Lintula, Hanna. (2013). Aluetason terveystaloudellisuus. Teoksessa Sihto Marita & Palosuo Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo. (toim.) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Tampere: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. 109–113.

Suoniemi Ilpo & Tanninen Hannu & Tuomaala Matti. (2003). Hyvinvointipalveluiden rahoitusperiaatteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2003: 5

Suoninen, Eero. (2016)a Kielenkäytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. (toim.) Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino. 51–74

Suoninen, Eero. (2016)b Diskurssianalyttisen tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. (toim.) Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino. 227–248.

Tanttua Kaarina. (2007). Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja No 176. Vaasa: Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallinto.

Taylor, Gary. (2007). Ideology and Welfare. Houndsmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Toikko, Timo.(2012). Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuulaniemi, Juha. (2011). Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum.

Törrönen, Jukka. (2004). Puhetapoja analysoimassa. Rajankäyntiä kriittisen diskurssianalyysin ja semioottisen sosiologian välillä. Teoksessa Räsänen, Pekka & Anttila, Anu-Hanna & Melin, Harri. (toim.) Tutkimusmenetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä: PS-kustannus,

Valkama Katja. (2009). Muuttuneen asiakkuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Hallinnon tutkimus. Vol 28 (2) 2009. 26–40.

Valkama Katja.(2012). Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja no 267. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Valokivi Heli. (2008). Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Väitöskirja 1286. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta tieteen tiedekunta.

Vilkkä, Hanna.(2015). Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Virtanen, Petri. & Stenvall, Juhani. (2014). Älykäs julkinen organisaatio. Helsinki: Tietosanoma.

Virtanen, Petri & Suoheimo, Maria & Lamminmäki, Sara & Ahonen Päivi & Suokas, Markku. (2011). Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveysten palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekesin katsaus 281/2011.

Wilskman, Kaarina & Lähteenmäki, Marko.(2010). Informaatio-ohjaus ja THL. Yhteiskuntapolitiikka 75 (2010):4. 400–410.

Wilkinson, Richard & Pickett, Kate, P. (2011). Tasa-arvo ja hyvinvointi. Miksi tasa-arvo on hyväksi kaikille? Juva: Bookwell Oy.

Zetthaml, Valerie A. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. Journal of marketing. 52(3) 2–22.

Virallislähteet

Kansanterveyslaki 66/1972.

Laki kunta- ja palvelu uudistuksesta 169/2007.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. 29.5.2015/ Suomen tulevaisuuden visio: Suomi 2025- Yhdessä rakennettu. 2015 Sipilän hallitusohjelma.

Terveysturvalaki 1326/2010.

Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014)

Turkimusraportit:

Erhola, Marina & Vaarama, Marja & Pekurinen, Markku & Jonsson, Pia Maria & Junnila, Maijaliisa & Hämäläinen, Päivi & Nykänen Eeva & Linnosmaa Ismo.(2014). SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Tampere: THL -raportti 14/2014.

Heinimäki, Liisa. (2011). Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. Tampere: THL- Raportti 41/2011.

Hyppönen, Hannele & Hämäläinen, Päivi & Pajukoski, Marja & Tenhunen, Emmi. (2005). Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.200/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Helsinki: Stakes.

Lehtonen, Arja. (1998). Läheisyyttä asiakastyöhön – lähipalvelutyöryhmän asiakastyöprojektin loppuraportti. Helsinki: STM.

Leväsluoto, Johanna & Kivisaari, Sirkku. (2012). Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Espoo: VTT Technology.

Niiranen, Vuokko & Puustinen, Alisa & Zitting, Joakim & Kinnunen, Juha. (2013). Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 25. Helsinki: Kuntaliitto Acta 245.

Pekurinen, Markku. & Santa-Mäki-Vuori, Tuire & Jonsson, Pia Maria & Junnila Maijaliisa & Kovasin, Merja & Nykänen, Eeva & Syrjä, Vesa. (2016). Sosiaali ja terveydenhuollon järjestämisluonnoksen vaikutusten ennakoarvointi. Helsinki: THL Raportti 12/2016

	Raportti	Tavoite			Diskursseja käytetty
1	Lehtonen A. 1998 Läheisyyttä asiakastyöhön – lähipalvelutyöryhmän asiakasprojekti loppuraportti	Tavoitteena oli kehittää lähialueiden asiakastyötä. Korostettiin asiakasta yhteisön osana – toimijana ja voimavarana	Kuntien kanssa yhteistyössä toteutetut kehittämishankkeet: lapsiperheiden palvelujen integrointi, monipuolista apua tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuuden kehittäminen ja mielenterveystyön edistäminen	Jatkotoimet ja haasteet 1. Asiakkaiden kuunteleminen 2. Asiakkaiden toiminnallisuuden tukeminen 3. Asiakastyön suunnitelmallisuus ja menetelmien monipuolisuus 4. Ammatillinen pätevyys 5. Yhteisöllisyyden luominen 6. Asiakkaan elämänhallinnan tukeminen 7. Lähipalveluiden kehittäminen 8. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen	kehittämishankkeiden koonti :Asiakastyön ja lähipalvelun kehittyminen sivut s.4-28
2	Hyppönen, H., Hämäläinen, P. Palukoski, M.& Tenhunen, E. 2005 Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.200/811) toimeenpanosta kokeilualueilla	Selvityksen tavoitteena on koota tietoa alueiden kokemuksista kokeilulain toimeenpanosta ja saumattomien palveluketjujen järjestämisestä	Peruskartoitukset: aiemman tiedon Alueelliset kyselyt ja syventävä tiedonkeruu	1. Kokeilun tarkoitus ja jäi epäselväksi 2. Kokeilun kattavuus ja organisointi 3. viitetietokanta ja hakemistoteknologia 4. sähköinen todentaminen 5. palveluketju ja palvelusuunnitelma 6. Omanuovoja palvelu 7. Suostumusten hallinta 8. Asiakkaan käsitteen käyttö	Aineistona käytetty: Johtopäätökset ja lopuksi s.93-102
3	Heinimäki, L. 2011 Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa.	Tavoitteena selvittää kokonaiskuvayhteistoiminta-alueiden palveluiden rakentumisesta ja tunnistaa tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet onnistuneisiin ratkaisuihin	Yhteistoiminta-alueilla toteutetut haastattelukäynnit ja puhelinhaastattelut	1. Yhteistoiminta-alueet eivät ole tuottaneet kaikkea mahdollista hyötyä 2. Yhteistoiminta-alueen hyödyt voidaan mitätöidä palvelutuotantoa rajaamalla 3. muutosprosessin toteuttamisella merkitystä 4. Hyödyt saavutetaan kokonaisuutta katsoen	Palveluiden uudet muodot s. 42-52 Palvelut integroituvat moneen suuntaan s.53-64 Kuntalaisten yhdenvertaiset palvelut s.65-76 Yhteistoiminnan tulevaisuuden kysymyksiä s.90-95

	Sosiaali ja terveydenhuollon järjestämisluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi	ksen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon, asiakkaisiin ja ihmisiin	järjestämislaki, maakuntalaki, maakuntien rahoituslaki sekä lakiluonnosten taustamuistiot	<div> <div>hyvinvointierojen kaventaminen</div> <div>2. Osa maakunnista jää voimavaroiltaan heikoksi</div> <div>3. Viiden yhteistyöalueen muodostaminen on perusteltua</div> <div>4. Maakunnallinen ja kansallinen ohjaus vielä hahmottumaton</div> <div>5. Integraatio on keskeinen keino, mutta toteutuminen vielä epävarmaa</div> <div>6. Olemassa ja valmisteilla olevat integraatio järjestelmien purkaminen</div> <div>7. Menojen kasvu ja talousohjaus mahdollista</div> <div>8. Valtion rahoituksen siirtymäaika on perustelua</div> <div>9. Vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan maakunnan arviointimenettely on herkkä</div> <div>10. Hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen vastuut jäävät epäselväksi</div> <div>11. Muutosprosessiteito hal- linnon näkökulmasta suu- rijakestää vuosikymmen- en</div> <div>12. Lainsäädännön kokonaisuus vaikeasti ennakoitavissa, koska kokonaisuus olennaisilta osilta kesken</div> </div>	luonnoksesta s.7-12 Uudistuksien vaikutuksia asiakkaiden ja potilaiden asemaan ja väestön osallistumisoikeuksiin s.25-29
--	--	---	---	---	---